6.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 22 janvier 1852,

Par Ernest MESNET,

né à Saumur (Maine-et-Loire),

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,
Membre de la Société médicale d'Observation de Paris,
Membre correspondant de la Société médicale d'Angers,
Membre de la Société anatomique de Paris,
ancien Élève de l'École Pratique de Paris,
Lauréat de l'École de Médecine d'Angers.

ÉTUDE
DES PARALYSIES HYSTÉRIQUES.

CONSIDÉRATIONS
SUR QUELQUES CAS D'HÉMORRHAGIE TRAUMATIQUE
À LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA CUISSE,
ET SUR UN MODE DE TRAITEMENT QUI LEUR EST APPLICABLE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1852

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. BÉRARD, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN, Président.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON, Examinateur.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY.
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN, Examinateur.
GRISOLLE.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN, Examinateur.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.
WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ÉTUDE

DES

PARALYSIES HYSTÉRIQUES.

> Fæminarum paucissimæ (qui sexus adultorum dimidia est pars) ab omni affectuum horum specie prorsus liberæ sunt..... Quinimo non pauci ex iis viris, qui vitam degentes sedentariam chartis solent impallescere, eodem morbo tentatur.
>
> (SYDENHAM, *Dissertatio de affectionibus hystericis.*)

Les *paralysies hystériques* forment un groupe de symptômes, dont les auteurs contemporains ont tour à tour relevé ou contesté la valeur.

Si, remontant aux siècles qui nous ont précédés, nous prenons pour type la description si remarquable de l'affection hystérique que nous a laissée Sydenham, ne devons-nous pas être étonné de voir que les paralysies, si souvent symptomatiques de l'hystérie, ont échappé complétement à la sagacité de ce grand observateur.

La science est aujourd'hui encore loin d'être fixée sur ce sujet : j'ai cru faire un travail utile en étudiant ce symptôme à son point de vue général, en montrant combien il peut servir au diagnostic d'une affection quelquefois si difficile à reconnaître, que Sydenham a dit :

« L'hystérie, variable dans ses formes, ses manifestations, se montre sous une infinité d'aspects divers, et imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain ; dans quelque partie

du corps qu'elle se rencontre, elle produit des symptômes qui sont propres à cette partie. Et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément, et attribuera à une maladie essentielle, et propre à telle ou telle partie, des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique. »

Dans un tel état de choses, le devoir du clinicien est d'étudier les symptômes constants de la maladie, de les analyser sous toutes leurs formes, afin d'apprendre à les distinguer de ceux qui présentent des analogies plus ou moins grandes avec eux. Mais combien de maladies manquent de signes pathognomoniques, et parmi elles nous plaçons l'affection hystérique. Si l'attaque convulsive était un phénomène constant, rien ne serait plus facile que d'admettre ou de rejeter l'hystérie : il est loin d'en être ainsi. Placé au milieu d'un service nombreux d'hystériques, il m'a été facile de remarquer que les femmes le plus profondément atteintes de la maladie étaient souvent celles qui n'avaient jamais présenté d'attaques convulsives, ou avaient depuis longtemps cessé d'en avoir. Sans aucun doute la convulsion est le phénomène le plus saillant de la maladie, mais je ne crains pas de dire que les auteurs lui ont donné une valeur trop absolue. Combien de malades, n'ayant que de simples spasmes, de légers accès de suffocation, un peu de ballonnement du ventre, présentent des troubles nerveux au summum d'intensité, soit paralysies, soit hyperesthésies. Ces deux états pathologiques existent presque toujours simultanément, tel point est insensible, quand tel autre accuse une sensibilité exagérée ; quelquefois les modifications qui surviennent dans l'un d'eux s'étendent aussi à l'autre: souvent l'un reste fixe, tandis que l'autre présente de nombreuses variations en plus ou en moins : aussi leur étude ne devrait-elle point être divisée. Mais, forcé de restreindre les limites de ce travail, je n'ai dû traiter que des paralysies.

L'étude attentive des femmes hystériques, qui ont compté au moins pour un quart dans le nombre des malades entrées cette année

à l'hôpital de la Charité, dans le service auquel j'ai été attaché comme interne; les renseignements que je dois à la bonté de M. Briquet, mon maître, sur les faits observés par lui, dans les années précédentes, sont les sources auxquelles j'ai puisé les matériaux de cette thèse.

La question des paralysies hystériques était à peine indiquée dans les traités de pathologie, lorsque la communication d'une note présentée par M. Gendrin, à l'Académie de médecine, le 11 août 1846, est venue appeler l'attention sur ce sujet.

M. Henrot (thèse pour le doctorat, 1847), développant les idées de M. Gendrin, son maître, établit, en règle absolue, que les attaques laissent constamment après elles une anesthésie durable, quelle que soit leur légèreté. «Depuis longtemps, ajoute-t-il, toutes les hystériques qui entrent dans le service de M. Gendrin ont été soumises à une étude minutieuse des troubles de la sensibilité; depuis quatre ans et demi, j'ai été informé des faits qui s'y sont présentés, et, pendant ce temps, il ne s'est trouvé qu'une seule hystérique n'ayant pas d'anesthésie, et encore, examinée attentivement depuis, il m'a été facile de la faire rentrer dans la règle générale, par la constatation de deux points absolument anesthésiés, l'un à la partie supérieure de la cuisse, l'autre à la région ischiatique gauche.»

M. Landouzy, dans un travail récent qu'il vient de publier sur l'hystérie, s'élève contre cette opinion, et réfute la plupart des assertions de M. Gendrin.

Enfin M. Sandras, dans son *Traité des maladies nerveuses* (1851), est plus absolu encore dans ses négations, et loin de considérer l'anesthésie comme appartenant à l'hystérie, il la regarde comme une complication tout à fait accessoire. Voici les propres paroles de M. Sandras :

«La sensibilité est conservée pendant la plus grande partie de l'attaque hystérique; c'est un des grands caractères qui la distinguent de l'épilepsie. Mais, au moment où l'accès approche de son maximum, au moment où les malades ont perdu ou perdent connaissance, la

sensibilité s'éteint ou devient très-émoussée, sinon dans tout le corps, au moins dans des portions plus ou moins étendues. Il faut ajouter que cette perte locale de la sensibilité se prolonge quelquefois pendant toute la durée de l'accès, ou même, dans les cas plus graves, peut se prolonger pendant les intervalles. Mais l'anesthésie est alors, comme les autres complications, un phénomène nerveux spécial, une autre maladie ajoutée à l'hystérie.

« Il faut dire au reste, que l'insensibilité même locale, acquise pendant les accès, ou cette insensibilité conservée en dehors des accès, sont des phénomènes tout à fait exceptionnels. Les hystériques ordinaires n'ont rien de semblable, et il n'est pas un médecin ayant vu ou examiné de près quelques-unes de ces malades, qui n'ait été étonné du sérieux avec lequel un médecin a pris acte de la découverte qu'il venait de faire, *d'une insensibilité locale quelconque inhérente à toute hystérique pendant la durée de sa maladie.* Ce serait un caractère pathognomonique, dans toute la force du mot, s'il était constant. Je sais, je suis sûr que l'insensibilité locale attribuée à toutes les hystériques n'est pas conforme à la vérité; j'établis, au contraire, comme vrai, que ces insensibilités ne se rencontrent que dans des exceptions assez rares. Enfin, l'accès hystérique terminé, tout rentre dans l'ordre. Il y a bien encore quelques troubles nerveux, des pleurs, des saccades convulsives, des douleurs par-ci par-là; mais le désordre cesse peu à peu, il ne reste plus qu'un sentiment de lassitude, de fatigue de corps et d'esprit, bien naturel après tant de secousses. Il est assez rare, au milieu de tout cela, qu'il y ait eu des troubles des sens. On note quelquefois des désordres ou une sensibilité excessive de l'ouïe, des perversions de l'odorat; mais c'est tout, et les autres sens ne sont en général jamais modifiés, au moins dans l'hystérie simple. »

Je tenais à mettre toutes ces opinions en regard, pour montrer combien est différente la manière de voir de ces divers auteurs. Quelle en est la cause, si ce n'est l'observation plus ou moins attentive, l'examen plus ou moins minutieux des malades soumis à l'ex-

périence. M. Beau (dans un mémoire publié dans les *Archives*, année 1848) se livre avec raison à de judicieuses remarques sur les différentes sensibilités de la peau, et les modifications individuelles qu'elles peuvent présenter. En effet, les notions de douleur, de tact, de température, nous sont données par autant de sensibilités spéciales, indépendantes les unes des autres, bien que dévolues aux mêmes points de l'enveloppe cutanée. L'une peut disparaître, les autres restant intactes: c'est la règle générale dans les manifestations hystériques. La malade, insensible aux douleurs produites par la piqûre d'une épingle, bien qu'elle sente le contact du corps, vous répond, si vous l'interrogez : Je sens que vous me piquez, mais vous ne me faites aucun mal. L'insensibilité à la douleur, que M. Beau appelle analgésie, par opposition à l'insensibilité de tact, qu'il appelle anesthésie, sont donc deux phénomènes bien différents, que le médecin ne doit jamais confondre dans l'étude de l'hystérie.

Que de femmes j'ai vues insensibles à la piqûre d'une épingle enfoncée profondément dans la pulpe des doigts, et qui cependant pouvaient coudre et broder comme à l'ordinaire. Le plus souvent, ces altérations de sensibilités n'ont point attiré l'attention des malades, qui témoignent de l'étonnement lorsqu'on leur fait remarquer que telle partie de leur corps est insensible à la douleur, que la force musculaire est diminuée dans un ou plusieurs de leurs membres, que les organes des sens ont perdu plus ou moins de leur sensibilité spéciale.

Il est quelques causes d'erreur contre lesquelles il est bon de se tenir en garde, lorsqu'on se livre à l'exploration de la sensibilité ; ainsi il arrive assez souvent qu'un malade qui voit que vous allez le piquer se retire vivement aussitôt qu'il sent le contact de l'épingle; il vaut mieux alors le prévenir de cette investigation ou lui couvrir les yeux. D'autres, ne pouvant faire la distinction du tact et de la douleur, vous répondent invariablement qu'ils sentent bien ; mais vous jugez à l'impassibilité de leur figure, pendant qu'on leur traverse la peau avec une épingle, qu'ils ne sentent pas la douleur.

Nous voyons en résumé de combien de précautions doit s'entourer l'observateur.

Dire que toutes les sensations dont nous sommes succeptibles peuvent être anéanties dans l'hystérie, c'est exprimer de la manière la plus générale la valeur de l'anesthésie hystérique. Le système nerveux peut être affecté dans son ensemble, et tous les phénomènes de la vie de relation momentanément suspendus; alors se montre cet état de sommeil ou de léthargie hystérique, dans lequel la vie n'a plus d'autres manifestations que l'existence de la circulation et de la respiration. Cette forme comateuse est rare; le plus souvent, les désordres nerveux se bornent à des troubles limités seulement à la sensibilité ou à la motilité.

L'anesthésie hystérique peut être constatée sur tous les organes, les tissus, qui, dans l'état physiologique, manifestent de la sensibilité, quel qu'en soit le mode. Ainsi nous avons à l'étudier, à la surface cutanée, sur les membranes muqueuses, sur les organes des sens.

La paralysie hystérique atteint souvent le système musculaire, surtout les muscles des membres; rarement complète, elle se borne à un affaiblissement plus ou moins considérable, dont les malades n'ont quelquefois pas conscience. D'autres fois, la paralysie envahit quelques-uns des organes abdominaux, elle s'étend à la vessie, au plan musculaire de l'intestin, et cause des rétentions d'urine, des accumulations de matières fécales, des constipations opiniâtres, des tympanites si douloureuses pour les malades.

Avant de suivre la paralysie dans chacune des parties que je viens d'indiquer, il est un fait que je tiens essentiellement à mettre en relief, en raison de sa fréquence si grande, que j'allais presque l'indiquer comme absolu, en raison de l'immense valeur que je lui attache comme signe diagnostique; je veux parler de la localisation de l'anesthésie ou de la paralysie dans le côté gauche du corps. Ce phénomène si remarquable n'avait encore été indiqué par personne que je sache, avant la publication de la thèse de mon ami le docteur

Bezançon (thèse pour le doctorat 1849), comme moi élève de M. Briquet. Vainement je l'ai cherché dans les différents auteurs qui ont écrit sur l'hystérie, et cependant il est aussi constant que l'anesthésie elle-même, à moins toutefois qu'elle s'étende à tout le corps, et même, dans ces cas, nous avons remarqué que les troubles nerveux étaient plus marqués à gauche qu'à droite. Très-souvent, lorsque l'anesthésie est étendue à tout le côté gauche, on voit la ligne médiane lui servir de limite, et la sensibilité, interrogée au moyen de la piqûre d'une épingle, naître immédiatement à droite de la verticale, passant par le milieu de la face, du cou, la partie médiane du sternum, l'ombilic. Ce que je viens de dire de l'anesthésie cutanée s'applique tout aussi bien à l'anesthésie des organes des sens, ainsi qu'aux paralysies musculaires. Pourquoi cette préférence pour le côté gauche ? Je ne sais ; l'anatomie et la physiologie ne peuvent en donner raison. Le fait existe, voilà tout ce que je tenais à constater.

DÉBUT ET MARCHE DES PARALYSIES HYSTÉRIQUES.

L'époque à laquelle apparaissent pour la première fois les phénomènes de paralysie chez les hystériques est extrêmement variable.

Tantôt ils se montrent comme phénomène initial : ainsi, chez des femmes prédisposées à l'hystérie, que l'altération de la constitution soit congénitale ou acquise, on voit quelquefois apparaître de l'affaiblissement des muscles ou de la sensibilité, avant la manifestation de tout autre trouble nerveux. Le plus souvent, dans les cas de cette sorte, l'anesthésie est légère et limitée à une étendue peu considérable.

Ce n'est point ainsi que la scène s'ouvre en général ; les phénomènes de paralysie succèdent soit à des spasmes, soit à des convulsions, et leur intensité est en raison directe de la durée, de la violence des convulsions.

J'ai souvent constaté ce fait sur quelques personnes nerveuses, impressionnables, n'ayant jamais eu d'attaques violentes d'hystérie, mais qui, le jour ou la veille, avaient éprouvé quelques étouffements passagers. Souvent alors se manifestent des anesthésies partielles de la peau, siégeant à la partie externe des membres, des supérieurs surtout, le plus souvent vers les extrémités, à la face dorsale du pied, autour de la malléole externe, en avant et en dehors de la moitié inférieure de la jambe, à la face dorsale de la main et de l'avant-bras. Quelquefois aussi, à la suite d'un simple spasme, l'anesthésie envahit tout un côté du corps, comme je viens d'en avoir un exemple chez une malade de mon service, au moment où j'écris ces lignes. Il n'est pas rare que le malade éprouve en même temps des engourdissements, des fourmillements dans les membres, des douleurs vagues dans toutes les parties du corps, puis de l'affaiblissement dans un ou plusieurs membres, toujours de préférence dans ceux du côté gauche.

Lorsque l'hystérie est confirmée, que les accidents, ayant suivi une marche ascendante, ont troublé profondément le système nerveux et déterminé des convulsions violentes, on voit alors les phénomènes de paralysie s'étendre considérablement, ou bien se manifester brusquement à la suite de l'attaque convulsive.

Ces cas d'anesthésie générale supposent donc un degré beaucoup plus avancé de la maladie.

Nous le voyons, la paralysie hystérique est très-variable dans son début, et peut se montrer aux différentes périodes de la maladie, précéder ou suivre les attaques convulsives.

Sa marche n'est pas plus constante : tantôt elle disparaît d'elle-même; née consécutivement à une convulsion, on la voit quelquefois cesser sous l'influence d'une nouvelle attaque ; tantôt elle se déplace, quitte une partie pour se porter sur une autre ; tantôt elle persiste dans les mêmes régions, ne subissant que de légères modifications soit en plus, soit en moins, suivant les conditions morales de la femme, les oscillations quotidiennes de son système nerveux. Il ar-

rive que. sous l'influence d'un traitement convenable ou comme conséquence d'un changement apporté dans les habitudes, les relations, la manière de vivre, les phénomènes hystériques disparaissent, et qu'il n'existe plus qu'une légère anesthésie, un peu d'affaiblissement musculaire de telle ou telle partie du corps. Une malade dans ces conditions n'offre qu'une guérison apparente; ces troubles persistants sont la preuve que les fonctions du système nerveux n'ont point encore repris leur équilibre, et que la réapparition des phénomènes convulsifs ou hystériques en général est imminente. La paralysie hystérique, quand elle existe, est de tous les symptômes celui qui disparaît habituellement le dernier; elle indique assez exactement la marche progressive ou rétrograde de la maladie.

Quelle est la nature de la paralysie hystérique?

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de la rttacher à une lésion matérielle appréciable du système nerveux. Les ouvertures de cadavres sont rares; car l'hystérie, dans ses formes les plus complexes, compromet rarement la vie; quelques autopsies, dont j'ai étudié minutieusement les détails, n'ont rien offert à l'observateur qui pût justifier les désordres observés pendant la vie; deux cadavres d'hystériques, ouverts par moi dans le courant de cette année, m'ont présenté les centres nerveux tout à fait à l'état normal. Aujourd'hui l'hystérie appartient donc encore à cet ordre de névroses purement dynamiques, qui fera toujours le désespoir de la médecine organique.

Peut-être, dit M. Rostan, dans son *Traité du diagnostic,* l'agent nerveux est-il susceptible de pécher et par excès et par défaut, de manière à se trouver en plus ou en moins dans les organes, et à y produire les accidents que l'on nomme nerveux; peut-être est-ce à cette cause que l'on doit attribuer les spasmes, les convulsions, les paralysies de toute espèce; et c'est ainsi que nous l'entendions lorsque

nous avons dit que l'hystérie et l'épilepsie étaient des maladies qui dépendaient de l'altération d'un fluide. L'agent nerveux, paraissant simple dans sa nature, ne peut être altéré dans sa composition, mais rien n'empêche qu'il soit en excès ou en défaut; dès lors cet agent, échappant à nos moyens d'investigation, se dissipant même après la mort, ne laisse aucune trace de sa présence.

L'étude que nous avons faite dans le paragraphe précédent nous a montré que, le plus souvent, les paralysies hystériques succèdent aux attaques convulsives. Ne pourraient-elles pas alors être considérées comme la conséquence naturelle de la déperdition considérable de l'influx nerveux qui a eu lieu pendant la convulsion, et du trouble apporté ainsi dans les fonctions céphalo-rachidiennes? Mais pourquoi le côté gauche est-il affecté de préférence au côté droit? Et d'ailleurs, n'avons-nous pas vu des paralysies apparaître comme phénomène initial avant l'existence de toute manifestation convulsive, n'avons-nous pas vu des anesthésies de tout un côté du corps survenir à la suite de simples spasmes!!...

§ Ier.

SOMMEIL, LÉTHARGIE HYSTÉRIQUE.

Cette première forme de paralysie hystérique, si utile à connaître en raison des nombreuses et graves erreurs dont elle peut être la cause, est caractérisée par une paralysie plus ou moins complète de toutes les fonctions du système nerveux: diminution ou perte complète des facultés intellectuelles et affectives, suspension plus ou moins prolongée de la sensibilité et du mouvement.

Entre son degré le plus élevé qui peut simuler la mort, et d'autre part cet état de sommeil avec engourdissement général du système nerveux qui suit quelquefois les convulsions, il existe un grand nombre de nuances. Ainsi:

Raulin dit qu'il retarda une fois les funérailles d'une jeune fille, parce que sa couleur n'était pas totalement changée.

Quelques heures après, elle se rétablit.

Jeanroy a vu une malade rester trois jours sans connaissance et sans mouvement.

Louyer-Villermay a vu une jeune fille demeurer huit jours de suite privée de connaissance et de l'usage de ses sens, sans prendre aucune nourriture.

Les faits de cette nature ne sont pas très-rares; j'en citerai un dont j'ai été témoin (voy. observ. 3).

Le plus souvent, au milieu de cette névrose générale du système nerveux de la vie de relation, les fonctions de la vie organique ont conservé leur intégrité; ce n'est que dans des cas fort rares que la respiration et les mouvements du cœur subissent quelques modifications.

Esquissons rapidement les difficultés du diagnostic, et, pour préciser davantage, supposons un malade qui se présente à nous, dans l'état comateux dont nous venons de parler. Peut-il être pris pour un épileptique?

L'erreur serait tout au plus possible, si l'examen avait lieu au moment d'une convulsion; mais l'attaque épileptique finie ne laisse point après elle les paralysies ou l'état syncopal que nous venons de noter après l'hystérie. Cependant, si l'épilepsie avait pour cause une lésion organique du cerveau, l'existence d'une tumeur encéphalique, elle pourrait s'accompagner de paralysies plus ou moins étendues, et alors rendre le diagnostic plus difficile. Il faudrait alors s'éclairer par l'étude minutieuse des antécédents du malade, la forme des convulsions, étudier avec soin la paralysie elle-même, qui, dans l'épilepsie, sera plus circonscrite, mieux délimitée que dans l'hystérie, où elle a ces deux principaux caractères : irrégularité, mobilité.

L'*apoplexie cérébrale* présente avec le coma hystérique une telle ressemblance, que Sydenham a dit :

« Quand l'hystérie attaque le cerveau, elle produit quelquefois une apoplexie entièrement semblable à l'apoplexie ordinaire, et qui se termine de même par une hémiplégie. »

Le diagnostic, pour être établi, a besoin de l'observation attentive de l'état général du malade : si la contracture existe (quoique ce ne soit pas un phénomène fréquent dans l'apoplexie) et qu'elle soit jointe à l'hémiplégie, chacune d'elles occupant une moitié du corps, ou si elles se combinent ensemble du même côté, si surtout ces accidents surviennent à la suite d'une perte subite de connaissance, qui elle-même a été précédée des prodromes ordinaires de l'apoplexie cérébrale, on est en droit d'admettre une apoplexie cérébrale plutôt que toute autre lésion.

Dans les cas de cette sorte, et dans tous ceux où l'on ne peut tirer du malade aucun renseignement, la difficulté est grande ; mais je ne sais si l'on doit accepter sans réserve l'assertion de Sydenham, que l'hystérie peut être entièrement semblable à l'apoplexie.

Il est difficile de donner des règles générales pour établir le diagnostic, à cause des variations que présente l'hystérie, même quand elle simule l'apoplexie ; je crois cependant qu'elle manque toujours d'un symptôme que M. Rochoux donne comme essentiel : la stupeur.

Ce signe caractéristique, qui est empreint sur la face apoplectique, ne s'observe jamais dans l'hystérie.

Dans celle-ci, au contraire, la perte de connaissance offre l'image d'un sommeil paisible ; l'expression de la face est quelquefois à demi voluptueuse, ou du moins éloigne toute idée de souffrance. De plus, l'hystérie a toujours offert dans l'ensemble de ses symptômes quelque chose d'anormal, d'insolite, qui suffit pour éveiller l'attention. L'état du pouls, qui, dans l'apoplexie, est souvent altéré dans son rhythme, et presque toujours dans son volume, doit mettre le médecin sur ses gardes. Si, dans les premiers moments, on ne peut éviter une erreur, celle-ci ne tardera pas à devenir évidente, pour peu qu'on fasse attention à la marche ulté-

rieure de la maladie, ou que l'on puisse obtenir à temps des renseignements sur les antécédents.

En dernier lieu, la considération du sexe donne déjà des probabilités.

Coma saturnin.

Dans les affections saturnines, le coma est l'accident pour lequel il serait le plus important d'avoir un signe diagnostique précis. Il n'est pas en effet très-rare (Tanquerel) de le voir s'emparer subitement, sans aucun signe précurseur, ou avec des prodromes insignifiants, d'individus qui jouissaient en apparence d'une santé florissante. La connaissance de la profession, qui serait utile pour décider l'opinion du médecin, peut lui manquer.

C'est surtout l'intensité du coma qui peut servir de caractère diagnostique. Je sais bien que ces distinctions de plus ou de moins sont rarement suffisantes, rarement faciles à saisir; cependant, dans quelques cas, la différence est si sensible, qu'elle ne saurait échapper à l'œil le moins exercé. Dans l'hystérie, il n'est pas rare de voir le coma arriver par degrés, ou dès l'abord, à la syncope, quelquefois la circulation être suspendue au point de simuler la mort; dans d'autres cas, où ces fonctions s'exécutent normalement, la perte de connaissance n'est pas moins absolue; la malade est parfaitement insensible, et, bien que parfois la perception ne soit pas entièrement abolie, elle ne saurait le manifester par aucun signe. Dans le coma saturnin, au contraire, une excitation tant soit peu vive de la peau provoque toujours une manifestation soit de mouvement, soit de plainte.

La malade hystérique offre, le plus souvent, l'apparence d'un sommeil paisible et profond, et jamais le ronflement, qui vient interrompre le calme du coma saturnin. Ce coma, du reste, ne s'accompagne jamais de l'expression extatique, qui béatifie parfois la figure de l'hystérique (Bezançon, thèse inaugurale).

§ II.

ANESTHÉSIES DE LA PEAU, DES MUQUEUSES, DES ORGANES DES SENS.

Tous ces organes peuvent être frappés d'anesthésie, soit ensemble, soit partiellemont, à la suite des attaques d'hystérie même les plus légères; il suffit pour cela que, chez une personne irritable, se manifeste, après une commotion morale, un léger degré d'étouffement avec sensation de strangulation. Après ces petites attaques, comme après les plus violentes, existe le plus souvent une période caractérisée par des phénomènes continus d'hystérie. On les trouve, presque sans interruption, chez les personnes qui, sans avoir eu d'attaques vives, présentent habituellement ces phénomènes variés et peu intenses auxquels on donne le nom d'hystéricisme. Comme, dans ce cas, les phénomènes spasmodiques se reproduisent très-souvent, il est bien rare qu'on puisse saisir un intervalle pendant lequel la sensibilité soit revenue à l'état normal; et si alors on ne la trouve en aucun point complétement abolie, au moins est-elle, sur des surfaces fort étendues, considérablement diminuée.

L'anesthésie cutanée est quelquefois limitée à des surfaces de peau très-peu étendues; on trouve une insensibilité complète dans un, deux, ou plusieurs centimètres carrés, et tout autour une sensibilité normale à la douleur. Ces phénomènes existent surtout à la face externe des membres ou sur le plan postérieur du tronc; ils peuvent rester stationnaires pendant un temps plus ou moins long, puis disparaître graduellement. Ils ne s'effacent jamais subitement, à moins qu'il ne survienne une attaque nouvelle; mais il arrive plus souvent que cette attaque, faisant disparaître les phénomènes antécédents, leur en substitue de nouveaux. Si les convulsions se multiplient et augmentent d'intensité, l'anesthésie se généralise et peut s'étendre à tout le corps.

Ces cas sont l'exception ; il est beaucoup plus fréquent de la voir envahir une moitié seulement du corps, et de préférence le côté gauche.

L'anesthésie la plus fréquente est celle de la peau ; quelques-unes seulement des sensibilités spéciales de cette membrane peuvent être abolies. Tel malade, par exemple, ne perçoit plus la température, le degré de sécheresse et d'humidité des corps. Ainsi une hystérique, atteinte d'une anesthésie complète du côté gauche, envoyée au bain froid, me disait : Je ne sentais le froid que du côté droit ; il me semblait qu'une lame d'eau s'arrêtait au milieu du corps. Telle autre perçoit seulement la forme et la dureté des corps qu'on lui présente; telle autre n'est insensible qu'aux actions douloureuses.

Cette dernière forme est de toutes la plus fréquente.

Il est rare que, la peau étant anesthésiée, les muqueuses conservent leur sensibilité ; dans ce cas, la limite entre les surfaces sensibles et les surfaces insensibles est bien nettement établie par la ligne d'union de la peau et des muqueuses.

Après l'anesthésie de la peau, vient celle de la conjonctive, des muqueuses nasale, buccale. Il est rare de trouver le trouble isolé de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale des organes des sens. En même temps que l'on voit la conjonctive scléroticale, les muqueuses nasale, buccale, insensibles à la piqûre, au contact des corps, on constate d'autre part une diminution notable de la vue, de l'odorat, du goût, du même côté. Cet examen a été fait sur un grand nombre de femmes hystériques ; nous leur faisions respirer de l'éther, de l'ammoniaque, sans qu'elles en perçussent l'odeur, sans provoquer de toux ; nous leur mettions du vinaigre sur la moitié gauche de la langue, sans qu'elles en eussent la saveur. Les observations citées à la fin de ce mémoire témoignent de tous ces faits.

L'ouïe (du côté gauche) ne reste point étrangère au trouble des autres sens ; elle a perdu le plus souvent de sa finesse, au point que les malades n'entendent plus les battements d'une montre à la dis-

tance de quelques centimètres ; chez la plupart d'entre elles, il existe des bourdonnements continus, insupportables, qu'elles comparent au roulement lointain d'une voiture, au sifflement du vent.

L'anesthésie se montre encore sur les muqueuses vulvo-vaginales, sur l'orifice de l'urèthre ; mais il est plus fréquent d'y rencontrer une exagération très-notable de la sensibilité de ces parties.

La muqueuse du rectum, dit M. Henrot, peut être, comme toutes les autres muqueuses, complétement insensible aux actions douloureuses; il ajoute qu'il n'a point vu de malades ayant perdu la sensibilité spéciale de cette muqueuse.

Les maladies dans lesquelles on rencontre l'anesthésie à différents degrés sont nombreuses ; le plus grand nombre d'entre elles est tellement différent de l'hystérie, qu'il suffira de les nommer pour que toute erreur de diagnostic devienne impossible, quelques autres ont avec l'hystérie tant de ressemblance, qu'il sera utile d'insister sur elles davantage.

La lésion de la sensibilité peut être limitée au trajet d'un seul nerf.

Je ne ferai que citer les tumeurs, les diverses causes d'altération des nerfs sensitifs. On trouve, dans les recueils périodiques, un certain nombre de paralysies de la sensibilité, consécutives à des névralgies du sciatique ou du trijumeau ; leur nature les différencie trop de l'anesthésie hystérique, pour que l'erreur soit possible.

La *catalepsie,* le *somnambulisme,* l'*extase,* s'accompagnent, pendant les accès, d'une perte complète de la sensibilité, fait connu depuis longtemps, indiqué par Sauvages ; et même l'anesthésie se prolonge ordinairement dans l'intervalle des attaques. Je ne peuse pas utile de chercher à spécifier l'anesthésie, dans des faits qui présentent avec l'hystérie une analogie si grande, que je crois pouvoir les considérer comme étant différentes formes du même état pathologique.

On rencontre des anesthésies de la peau chez les femmes affectées de *suppression de règles* ainsi que pendant la *grossesse*.

La manifestation de l'anesthésie, dans les suppressions de règles, n'a rien qui surprenne ; car la chlorose se lie d'une façon intime à l'hystérie ; la subordination de ces deux phénomènes est un fait bien remarquable. En effet, l'examen attentif des malades permet de constater, chez toutes les femmes vraiment hystériques, des signes plus ou moins marqués d'appauvrissement du sang : suppression complète, irrégularité, décoloration des menstrues, susurrus dans les vaisseaux du cou, essoufflement, palpitations ; mais la relation qui existe entre ces deux états morbides, hystérie et chlorose, est difficile à établir. La chlorose est-elle nécessaire au développement de l'hystérie ? Pareille question ne peut être jugée que par la comparaison d'un nombre considérable de faits ; et sans espérer aider beaucoup la réponse, je ferai remarquer une coexistence si fréquente, qu'un médecin de la Charité (M. Briquet) a, depuis trois à quatre mois, examiné 25 femmes hystériques, sans en trouver une exemple de chlorose.

L'existence de l'anesthésie pendant la grossesse n'a rien qui me surprenne davantage.

Chacun sait, en effet, combien, à cette époque, les femmes déjà hystériques se prennent souvent de convulsions ; combien celles qui ne le sont point encore sont disposées à le devenir, la mobilité de leur système nerveux en témoigne ; et les travaux tout récents de M. Cazeaux n'ont-ils pas en outre démontré l'existence à peu près constante de la chlorose pendant la gestation... Voilà donc encore ici les deux phénomènes en présence : chlorose et hystérie.

Il résulte de là que le diagnostic différentiel d'une anesthésie hystérique et d'une anesthésie chlorotique sera souvent très-difficile, lorsque les caractères de l'une et de l'autre de ces maladies ne seront pas bien tranchés, et qu'il doit souvent arriver qu'en raison de leur existence simultanée si fréquente, on attribue à la

chlorose des troubles hystériques, lorsque les femmes, manquant de convulsions, n'ont que des spasmes, des étouffements.

On rencontre l'anesthésie de la peau dans l'*aliénation mentale*, comme l'a indiqué M. Calmeil; dans l'*embarras gastrique*, la *fièvre typhoïde*, la *fièvre synoque:* ces faits ont été signalés par M. Beau, dans une note adressée à la *Gazette des hôpitaux*. Le diagnostic n'est point embarrassant dans la plupart de ces cas; car, bien que l'anesthésie, considérée comme phénomène local, soit la même que dans l'hystérie, les maladies que nous venons d'indiquer ont, par elles-mêmes, des caractères si tranchés, que l'erreur n'est pas possible. Il y a en outre ce signe si important : que, dans l'hystérie, les troubles nerveux existeront à gauche, tandis que dans les autres cas, ils se montreront indifféremment sur l'un ou l'autre côté du corps, quelquefois sur toute son étendue. L'étude des antécédents lèverait toute incertitude, s'il pouvait en exister.

Le *scorbut*, la *pellagre*, sont des maladies qui souvent encore se compliquent d'anesthésies.

A côté de la pellagre, je placerai une autre maladie de la peau qui présente l'anesthésie à un degré bien remarquable: c'est l'*éléphantiasis des Grecs*.

Ce n'est pas seulement sur les points de la peau qui sont le siége de la maladie que l'insensibilité se produit; elle devient bientôt générale, et elle est portée à un tel degré chez ces malheureux lépreux, qu'on a vu la gangrène s'emparer de leurs membres, qu'on a pu pratiquer sur eux des amputations, sans qu'ils ressentissent la moindre douleur.

Dans l'*acrodynie* observée à Paris de 1828 à 1832, on a remarqué que l'altération de la sensibilité cutanée était un des symptômes le plus constants. Elle est bornée à la plante des pieds, à la paume des mains, quelquefois assez complète pour ôter aux malades la conscience du sol sur lequel ils marchent; d'autres fois, elle n'est que viciée, et les malades n'ont qu'une sensation fausse et inexacte des corps avec lesquels ils sont en contact.

La sensibilité de la peau est souvent altérée consécutivement à une lésion du cerveau, *hémorrhagie, ramollissement*, etc.

La paralysie que produit une hémorrhagie cérébrale a pour caractère de frapper beaucoup plus le mouvement que la sensibilité ; et cela se comprend bien, si l'on songe que les apoplexies se font le plus souvent dans les corps striés ou les couches optiques qui président au mouvement.

C'est, au contraire, la sensibilité qui est d'abord et surtout modifiée dans les paralysies hystériques.

Ce que nous venons de dire de l'apoplexie ne s'applique plus au ramollissement : dans ces cas, la sensibilité est d'ordinaire plus profondément atteinte que le mouvement, et souvent les malades ne sentent plus, alors qu'ils peuvent encore se mouvoir.

Il sera toujours facile de mettre en regard les signes qui appartiennent à l'hystérie, d'une part, aux lésions cérébrales, d'autre part, de comparer le début, le mode d'invasion de la maladie, de chercher dans les antécédents ce qui peut appartenir à l'une et à l'autre, et d'établir enfin la véritable valeur de l'anesthésie.

J'arrive au point où le diagnostic peut devenir plus difficile, à l'*anesthésie saturnine*.

Dans les affections de plomb, l'anesthésie peut exister soit à la peau, soit sur les sens spéciaux ; elle a du moins été mentionnée pour l'œil et l'oreille. L'amaurose saturnine est d'ailleurs de beaucoup la plus fréquente ; il n'y a pas d'observation précise de surdité saturnine.

L'anesthésie saturnine de la peau ne saurait guère être confondue avec l'hystérie, si, comme le dit M. Tanquerel des Planches, elle s'accompagnait, dans tous les cas qu'il a rencontrés, de phénomenes d'infection générale et primitive, produits par le plomb : tels que la teinte jaune de la peau, de la conjonctive, des urines, l'amaigrissement, la coloration brunâtre des dents, la teinte ardoisée des gencives.

La présence de ces symptômes, jointe à l'absence de ceux qui ca-

ractérisent l'hystérie, sont les seuls moyens de se prononcer sur la nature de l'affection ; car l'anesthésie elle-même ne peut être d'aucune ressource, tant d'ordinaire l'identité est complète : étendue limitée ; apparition brusque, quelquefois précédée de fourmillements ; disparition subite, suivie de retours également prompts. Il est utile à noter que, dans la maladie de plomb, l'anesthésie paraît aussi fréquente à droite qu'à gauche.

Les *troubles des organes des sens* se présentent avec des caractères qui permettent peu de se méprendre sur leur véritable nature : quand ils existent, on les observe, règle générale, du côté gauche, très-exceptionnellement à droite ; tous les sens, goût, vue, odorat, ouïe, sont à la fois plus ou moins altérés ; la perte de la sensibilité générale des muqueuses oculaire, nasale, buccale, linguale, coexiste du même côté. Ils s'accompagnent de diminution ou perte complète de la sensibilité cutanée du côté gauche du corps, souvent d'un affaiblissement musculaire appréciable. Enfin l'examen des antécédents, du caractère, de l'état général de la malade, servira à établir définitivement le diagnostic.

L'amaurose, la surdité, ont cependant besoin d'un examen plus attentif : en disant amaurose, je prends le trouble de la vision à son maximum d'intensité ; il est très-rare qu'elle existe complète, le plus souvent nous n'avons noté qu'un simple affaiblissement de la vue.

L'amaurose double complète est très-rare dans l'hystérie ; on en cite cependant quelques cas, tous survenus à la suite de violents accès, tous heureusement terminés, et ne pouvant donner lieu à aucune erreur, en raison de leur apparition brusque, des conditions dans lesquelles ils se sont développés, et de leur mode de terminaison.

Les amauroses d'un seul côté sont plus fréquentes ; la perte de la vision est quelquefois totale, mais ordinairement on n'observe seulement qu'une diminution variable de la sensibilité du nerf optique du côté gauche, l'œil droit restant sain ou n'étant affecté

qu'à un degré moins fort. J'ajouterai que, par exception, on peut rencontrer la disposition inverse; j'en ai vu quelques exemples.

Selon que cette lésion de l'œil sera indolente, qu'il s'y joindra des douleurs soit du crâne, soit des orbites, on pourra croire à quelqu'une des nombreuses variétés d'amaurose admises par les auteurs.

L'amaurose hystérique n'a rien qui puisse la caractériser, l'état de la pupille pouvant varier beaucoup. Tout le diagnostic repose donc sur la marche de l'affection, ses dispositions, ses retours, et sur les phénomènes antécédents ou concomitants , tels que l'insensibilité de la conjonctive, la perte de l'ouïe du même côté.

Ce que je viens de dire de l'amaurose, s'applique également à la surdité, qui est accompagnée presque toujours de bourdonnements, de sifflements dans l'oreille.

Amaurose saturnine.

L'affection saturnine s'accompagne d'amaurose qui a quelques analogies avec l'amaurose hystérique ; mais il est également rare que cet accident soit le premier à se développer dans l'une et l'autre affection.

L'amaurose, si rarement double dans l'hystérie, l'est toujours dans la maladie de plomb. Elle survient lentement, et est rarement complète dans l'hystérie, à moins qu'elle ne succède à de violents accès. Dans la colique saturnine, au contraire, elle atteint son maximum en peu de moments, bien qu'elle puisse aussi n'être pas complète.

On lui donne encore, comme caractère spécial, de cesser en général après une durée qui varie entre douze heures et huit jours, ce qui n'a pas lieu chez les hystériques.

Les observations citées à la fin de ce travail trouvent ici leur place; elles appartiennent du reste tout aussi bien au paragraphe

qui va suivre, puisque les troubles de la sensibilité et de la motilité y sont toujours indiqués parallèlement.

Voyez, comme complément du § 2, les observations 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10.

§ III.

PARALYSIES MUSCULAIRES.

Après ce que je viens de dire de l'anesthésie, j'aurai peu de choses à ajouter sur les paralysies musculaires : car les conditions de développement, la marche de ces deux lésions, sont à peu près les mêmes.

Cependant l'anesthésie précède en général les désordres musculaires, qui, du reste, sont moins fréquents. Tous les muscles ne sont point également disposés à se prendre de paralysie hystérique, tandis que nous avons vu l'anesthésie se généraliser, et s'étendre quelquefois à tout le corps. Les membres sont le plus souvent affectés, la face presque jamais; cependant j'en ai, cette année, observé un exemple que je rapporterai dans mes observations (voyez observation 1re).

N'est-il pas remarquable de voir deux nerfs crâniens (le trijumeau, le facial), tous les deux se distribuant aux mêmes régions de la face, le premier pour donner la sensibilité, le second pour donner le mouvement, subir d'une façon si différente l'influence hystérique? Le trijumeau se paralyse, les parties auxquelles il se distribue perdent leur sensibilité, c'est la règle générale ; tandis que la paralysie du facial est la grande exception.

Répétons de la paralysie musculaire ce que nous avons dit de l'anesthésie, qu'elle affecte aussi, elle, de préférence, le côté gauche du corps.

La paralysie prise dans toute la rigueur du mot, c'est-à-dire avec la signification de perte complète du mouvement, est extrêmement

rare dans l'hystérie, si tant est qu'elle existe : je ne l'ai jamais vue. Le plus souvent, on n'observe que de l'affaiblissement des membres, quelquefois assez léger pour échapper à l'attention des malades. Dans les cas plus graves, si l'on interroge des hystériques, et que, confiant en leur réponse, on étudie la paralysie des muscles dans les différentes régions qu'elle occupe, il est, je crois, utile de se tenir en garde contre l'aveu qu'elles vous font tout d'abord d'une faiblesse considérable des membres inférieurs ; car, de cette façon, on est naturellement porté à croire que la paralysie affecte davantage les membres abdominaux que les membres thoraciques, surtout lorsqu'on voit les malades user assez librement de leurs bras pour tous les besoins que réclame leur position. Quelquefois elles sont obligées de garder le lit, parce que les jambes fléchissent sous elles quand elles sont debout, ou bien, si elles veulent marcher, elles traînent la jambe gauche, et se servent de la main pour se soutenir et suppléer à la faiblesse de ce côté. Qu'elles marchent sur des plans rugueux ou unis, elles n'en constateront pas la différence; qu'ils soient droits ou inclinés, il en sera de même.

Cette perte des différentes sensibilités du pied, dont l'existence est si indispensable à la marche, frappe vivement l'esprit des malades, et est pour beaucoup dans le repos auquel elles sont condamnées. Si maintenant vous recherchez de même les différentes sensibilités spéciales de la main, vous les trouverez également perdues; et si, donnant le doigt à saisir à la malade, vous lui ordonnez de le serrer, il vous sera facile de constater un affaiblissement du côté gauche, tel que la pression sera de moitié, des deux tiers, moindre que celle du côté droit.

Il me semble donc probable que la faiblesse musculaire est généralement égale dans les deux membres gauches, lorsque l'hémiplégie est générale.

Mais il ne faudrait pas conclure que, dans d'autres conditions, l'un des deux membres ne pût se prendre, à l'exclusion de l'autre, du même côté; j'en ai vu de nombreux exemples.

Quelquefois les deux membres abdominaux sont à la fois frappés de paralysie, nous avons alors une véritable paraplégie hystérique; c'est, de toutes les formes que nous étudions, celle qui expose le plus à l'erreur, et c'est surtout au point de vue de son diagnostic que nous écrivons ce paragraphe.

Outre les paralysies des membres gauches, qui, bien que moins fréquentes que l'anesthésie, appartiennent, comme elle, aux phénomènes continus de l'hystérie, on observe exceptionnellement des troubles dans les muscles du larynx, dans les muscles de l'œil.

Beaucoup d'auteurs citent des cas de strabisme succédant à des convulsions considérées comme hystériques, et se comportant ultérieurement comme les autres accidents de cette névrose; j'en ai eu, cette année, un exemple bien évident.

Les aphonies temporaires ou persistantes, qui se montrent quelquefois dans les mêmes conditions, sont ainsi considérées comme étant de même nature, et dues à une paralysie des muscles du larynx.

Les muscles perdent souvent, comme nous venons de le montrer, une partie plus ou moins grande de leur contractilité : là ne s'arrête point le désordre nerveux; on les voit aussi perdre leur sensibilité générale, leur sensibilité à la douleur; en un mot, survenir une véritable anesthésie musculaire.

Les expériences toutes récentes de M. Duchenne (de Boulogne), sur la galvanisation localisée et la transmissibilité directe d'un courant électrique dans tel ou tel muscle à travers les parties superficielles, ont singulièrement éclairé cette question. J'ai vu plusieurs fois M. Duchenne, opérant lui-même sur des femmes hystériques, paralysées du sentiment et du mouvement, diriger un courant électrique sur tel muscle; des contractions se manifestaient aussitôt sous l'influence de l'agent électrique, sans que la malade en eût conscience, sans qu'elle éprouvât la moindre sensation; mais bientôt survenaient des fourmillements, puis une douleur obtuse, puis une

douleur si vive, que la malale ne pouvait plus supporter l'opération ; la sensibilité musculaire était alors complétement revenue.

Ces expériences ne laissent aucun doute sur l'existence de ces deux propriétés des muscles, sensibilité et contractilité, et sur l'existence de la paralysie, pouvant s'étendre à chacune d'elles.

Au summum de l'hystérie, les parties les plus profondes des membres ont été vues insensibles aux agents qui peuvent provoquer de la douleur ; on peut enfoncer des épingles dans tous les points du corps, sans que les malades donnent le moindre signe de sensibilité.

Le diagnostic des paralysies musculaires hystériques est intéressant à faire, en raison des difficultéés sérieuses qu'il peut parfois présenter.

Suppression des règles.

Les troubles de la menstruation produisent parfois des symptômes nerveux, parmi lesquels on observe de l'anesthésie cutanée, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent ; je ne connais pas d'exemple de paralysie ou d'affaiblissement musculaire essentiel dans la leucorrhée dégagée de toutes complications hystériques. La faiblesse, la stupeur des femmes chlorotiques, l'espèce d'engourdissement dans lequel elles sont jetées, sont la conséquence de l'appauvrissement du sang, et non point un phénomène spécial, affectant telle partie plutôt que telle autre, comme nous le voyons dans l'hystérie.

Rhumatisme.

Il est assez commun de rencontrer des paralysies musculaires produites par le froid humide ; le plus souvent elles sont limitées, appartiennent exclusivement à un membre, à un nerf, à un muscle ;

elles sont apparues subitement, et dans de telles circonstances que le diagnostic sera facilement établi.

Il n'en sera plus toujours ainsi, lorsque, comme le dit M. Graves, le rhumatisme se fixera exclusivement sur les membres inférieurs.

Nous aurons, dans ce cas, une paraplégie rhumatismale, qui exigera un examen plus minutieux encore de tous les signes, de tous les symptômes dont nous venons de parler.

Affections de la moelle.

Les paraplégies hystériques, dans lesquelles on rapporte tous les symptômes à l'épine, sont assez communes ; on les a, dans quelques cas, prises pour des altérations des cartilages inter-vertébraux, pour des inflammations de la moelle ou de ses enveloppes. J'ai vu, dit Brodie, un grand nombre de jeunes femmes condamnées pendant plusieurs années à garder la position horizontale, ou tourmentées par des moxas, des cautères, des sétons, lorsque l'air, l'exercice ou les distractions agréables, auraient pu souvent les guérir en quelques mois.

La douleur des reins est dans ces cas un des phénomènes le plus insidieux ; constante dans les maladies de la moelle, presque aussi constante dans la maladie hystérique, elle doit être pour nous le sujet d'une étude attentive.

La femme hystérique se plaint de sensibilité avec douleur dans le dos, et, en outre, d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : douleurs dans les membres et surtout dans les extrémités inférieurs, sensation de constriction à la poitrine, pesanteur au creux épigastrique, sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs, qui leur permet à peine de porter le poids du corps, difficultés à uriner. Quand la malade ne se plaint que de la douleur des reins, il est difficile de porter un diagnostic assuré, quoique cependant elle offre quelques caractères particuliers. Ainsi la douleur hystérique, souvent bornée à un seul point, peut exister à la fois sur différentes

régions du rachis; il n'est pas rare de la trouver et dans l'espace interscapulaire et aux lombes. Elle passe fréquemment d'un endroit à un autre, subit des variations en plus ou en moins. Elle est éveillée non pas tant par la pression exercée sur les apophyses épineuses, que par la pression des muscles de la gouttière vertébrale gauche; ainsi elle a donc ce caractère, qu'elle réside spécialement dans les muscles. La malade se plaint bien moins quand on pince la peau, que quand on exerce une pression sur les plans musculaires; que l'on comprime davantage, de façon à aller jusqu'à la colonne vertébrale, la douleur n'est pas sensiblement augmentée; elle est en général plus intense que dans la myélite.

La myélite s'accompagne toujours d'une fièvre continue; cependant l'accélération du pouls est aussi un phénomène assez fréquent dans les affections nerveuses, pour admettre qu'il se montre quelquefois; mais il est irrégulier, paraît et disparaît d'un jour à l'autre.

Nous le voyons, la ressemblance est grande entre l'hystérie et la myélite, lorsqu'il n'y a pour tout phénomène actuel qu'un affaiblissement de la force musculaire ou de la sensibilité d'un seul ou des deux membres à la fois.

Je ne fais aucun doute que ces cas ont dû être pris plusieurs fois pour une altération d'un seul des faisceaux soit antérieurs, soit postérieurs, de la moelle.

La ressemblance que nous avons constatée entre l'hystérie et la myélite se retrouve entre l'hystérie et la méningite rachidienne.

Comme dans le premier cas, l'état fébrile établit déjà une différence; mais il y a de plus un certain nombre de signes assez rares dans l'une, à peu près constants, au contraire, dans l'autre, qui rendent l'erreur moins probable.

Ainsi on peut être frappé de méningite au milieu de la santé la plus parfaite, sans aucune espèce de cause ou de prodromes appréciables.

La méningite rachidienne s'accompagne souvent de méningite cérébrale, sa marche peut être extrêmement rapide (et c'est là un

des dangers de l'erreur); elle offre rarement de vraies convulsions et presque toujours de la contracture générale ou partielle. Dans l'hystérie, au contraire, à moins d'une cause soudaine, violente, et alors appréciable, il y a toujours une période de prodromes avant la série des symptômes qui peuvent simuler la méningite spinale; en outre, les convulsions sont fréquentes dans celle-ci, la contracture est rare dans celle-là.

Malheureusement il n'y a dans tout cela que du plus ou du moins fréquent, du plus ou du moins probable. Tout repose donc sur des appréciations de détail dont l'ensemble seul peut déterminer le praticien, et ce n'est que par l'examen minutieux de tous les organes, par la recherche de tous les symptômes, de ce que l'on peut appeler l'hystérie chronique, qu'on parviendra à décider à quelle affection on a affaire.

Dans cette étude, il est une chose dont il faut tenir beaucoup de compte : c'est que, quand la méningite ou toute autre affection de la moelle devient chronique, il survient toujours de l'atrophie, de l'œdème des membres frappés; ce qui n'a jamais lieu dans l'hystérie, quel que soit le degré du marasme.

Tout ce que je viens de dire s'applique au ramollissement de la moelle; seulemeut il offre une chance d'erreur de plus, l'absence de fièvre.

Paralysies saturnines.

Je trouve encore dans la thèse de M. Bezançon un si bon résumé du diagnostic différentiel des deux affections, que je crois ne pouvoir mieux faire que de répéter ici ce qu'il a écrit à ce sujet.

Je supposerai, pour établir le diagnostic différentiel de la paralysie saturnine et de l'hystérique, un cas de la première affection présentant avec la seconde la plus grande ressemblance possible.

Une femme, ordinairement de bonne santé, qui n'a jamais eu de coliques, bien qu'elle ait travaillé au plomb, éprouve, dans un ou

plusieurs membres, un sentiment de froid, de pesanteur, de fatigue, de fourmillement, de tremblement, auxquels succède enfin une impossibilité absolue de mouvoir le membre; tous les muscles sont pris, fléchisseurs comme extenseurs.

Si nous nous supposons obligé d'établir le diagnostic dans de pareilles circonstances, la chose sera facile; car, pour qu'on puisse admettre une paralysie hystérique, il faudrait que quelque chose dans la malade fit reconnaître la prédisposition, comme des douleurs à l'estomac, des convulsions, etc. Le pouls peut aussi aider considérablement; il est, en général, lent et dur dans la maladie de plomb; vif, précipité ou normal, dans l'hystérie. De plus, nous n'oublierons pas que, dans un membre affecté par le plomb, la paralysie marche de bas en haut.

Si la malade a eu précédemment des accidents hystériques, qui puissent faire supposer que l'affection est de même nature, si, en outre, on ignore qu'elle s'est trouvée dans des conditions possibles d'enpoisonnement, on pourrait tout d'abord se laisser égarer ; mais bientôt la marche de la maladie viendra donner l'éveil : on remarquera alors, dans l'état général ou local, les diverses modifications suivantes, qui ne se rencontrent jamais dans l'hystérie. Ainsi :

La nutrition s'altère dans le membre paralysé, les muscles s'atrophient, tout le tissu cellulaire disparaît peu à peu ; la peau devient sèche, rude, écailleuse ; les éminences des os font saillie à travers les téguments, en même temps que les ligaments articulaires perdent leur ressort, s'allongent, et permettent la diduction des surfaces osseuses; puis surviennent l'infiltration et les eschares. En même temps, l'économie s'altère, le teint est plombé; le corps tout entier est amaigri, décharné, et le marasme finit par emporter la malade. Cette terminaison toutefois est rare quand il n'y a eu que paralysie. Dans les cas moins malheureux, la paralysie cède aux remèdes qu'on lui oppose; mais alors la marche même de la guérison sert à établir le diagnostic, car on voit revenir le mouvement successivement de haut en bas dans les membres, et en premier lieu dans les

fléchisseurs, puis dans les pronateurs, et enfin dans les extenseurs, c'est-à-dire en sens inverse de l'invasion.

Quelquefois la paralysie est subitement remplacée par d'autres accidents de plomb, mais jamais il n'y a de ces guérisons brusques et inattendues qu'on voit dans l'hystérie.

Ordinairement les antécédents qu'on recueille, soit dans le cas d'hystérie, soit dans celui d'affection de plomb, ne donnent prise à aucun doute.

La nature même de la paralysie saturnine, sa préférence presque exclusive pour les extenseurs, les accidents saturnins qui peuvent exister encore, l'action des bains sulfureux sur la peau, permettent toujours un diagnostic certain.

J'ajouterai à ce diagnostic différentiel un signe que je considère comme ayant une grande valeur; je veux parler de l'action si différente de l'électricité dans les paralysies saturnines, d'une part, dans les paralysies hystériques, d'autre part.

Dans l'hystérie, l'application d'un courant électrique sur un muscle paralysé réveille aussitôt l'action nerveuse, la contraction a lieu, et les mouvements se manifestent tout d'abord; si le muscle était anesthésié, il redevient peu à peu sensible, et bientôt la sensibilité et la motilité sont à l'état normal.

Dans la paralysie saturnine, il n'en est plus ainsi : l'action de l'électricité sur le système musculaire est plus ou moins abolie; le muscle ne se meut plus ou presque plus, alors qu'il sent encore; l'excitation continuée donne un résultat absolument négatif.

Ces faits sont aujourd'hui devenus vulgaires dans nos services de la Charité.

§ IV.

PARALYSIES DES VISCÈRES ABDOMINAUX.

La maladie hystérique ne se borne pas aux troubles nerveux que nous venons d'indiquer; elle envahit quelquefois les parties plus profondes, se porte sur un ou plusieurs des viscères abdominaux, l'estomac, l'intestin, la vessie, les reins, l'utérus, les ovaires.

Les désordres qu'elle produit sont le plus souvent des douleurs vives, une exagération de la sensibilité telle, que les malades ne peuvent supporter le plus léger contact, qu'ils appréhendent le moindre examen; quelquefois aussi surviennent des paralysies.

Les douleurs hyperesthésiques dont l'abdomen est le siége doivent être étudiées avec le plus grand soin, parce qu'elles peuvent masquer une maladie rapidement mortelle, la péritonite.

La *Gazette médicale,* année 1846, en cite un exemple. Une femme, hystérique depuis plusieurs mois, entre, le 1er janvier 1846, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis; elle présente, jusqu'au 17, des attaques fréquentes. Alors il s'y joint des phénomènes d'hyperesthésie céphalique et oculaire, puis une anesthésie complète du côté droit; cette anesthésie persiste pendant cinq jours avec un peu de contracture. Enfin la malade est prise de vomissements et de douleurs abdominales très-vives. Elle succombe au bout de trois jours, et l'autopsie fait reconnaître une péritonite qui avait été méconnue.

Ce fait est intéressant pour nous, à un double titre : il nous montre d'abord combien l'hystérie peut présenter de ressemblance avec d'autres maladies viscérales; il nous prouve encore que l'anesthésie n'est pas exclusive au côté gauche, comme je l'ai indiqué, au commencement de ce travail. Son existence à gauche, est, je le répète, la règle générale; son existence à droite, l'exception.

Quelquefois, dit Sydenham, le mal attaque l'un des reins, et y

produit une douleur très-cruelle, qui est entièrement semblable à un accès de colique néphrétique, non-seulement par la nature et le siége de la douleur, mais encore par les vomissements affreux dont elle est accompagnée, et quelquefois aussi parce qu'elle s'étend le long des uretères.

Je ne parlerai point ici des douleurs de l'utérus, des ovaires, et des phénomènes qui se montrent du côté des organes génitaux; car il me faudrait passer en revue toutes les théories des auteurs sur la nature de l'hystérie, sur le rôle qu'ils ont fait jouer à l'utérus dans sa production. Ce n'est point ici le lieu de traiter cette question.

Les symptômes d'hyperesthésie dont j'ai parlé plus haut, ainsi que ceux de paralysie que j'indiquerai tout à l'heure, ne se montrent d'habitude que chez les femmes profondément hystériques; ils sont consécutifs aux désordres nerveux que nous avons indiqués dans les paragraphes précédents.

Le diagnostic des hyperesthésies viscérales présente parfois des difficultés bien grandes. Ce n'est point ici le lieu de prendre un à un les signes de l'hystérie et des maladies abdominales qu'elle peut simuler, pour les comparer ensemble et les différencier; je me contenterai seulement d'indiquer les caractères du pouls. Il faut avoir bien soin de distinguer le pouls fréquent de l'hystérie (et sa fréquence est quelquefois tellement considérable, dans les cas d'hystérie confirmée, que je l'ai vu s'élever à 130 et 140) du pouls fréquent qui est occasionné par une inflammation ou une fièvre ordinaire.

J'emprunte à Whytt (*Traité des vapeurs*) les caractères différentiels qui suivent :

« Dans l'hystérie, le pouls a de la mollesse, et n'est pas plein, ni dur, ni serré; il devient d'autant plus petit qu'il est plus fréquent; en outre on ne remarque pas, pour l'ordinaire, qu'il soit accompagné de beaucoup de soif. Dans l'autre cas, nous trouverons au pouls des caractères tout opposés; en un mot, nous aurons le pouls fébrile, inflammatoire. »

Il nous reste maintenant à indiquer des accidents d'un ordre tout opposé à ceux que nous venons de décrire ; j'entends parler des phénomènes de paralysie qui se montrent à la vessie, et viennent frapper le plan musculaire de l'intestin.

Souvent, du reste, ils existent ensemble.

La paralysie de la vessie avait depuis longtemps frappé l'attention des médecins.

Sydenham s'exprime ainsi à ce sujet :

« La vessie même n'est pas exempte des atteintes du mal hystérique; non-seulement il y cause de la douleur, mais encore il supprime l'urine, tout de même que s'il y avait une pierre dans la vessie quoiqu'il n'y en ait aucune. Cette dernière sorte d'affection hystérique qui attaque la vessie est très-rare, celle qui attaque les reins est plus commune; toutes deux arrivent aux femmes, dont les forces sont déjà affaiblies et la santé ruinée par les fréquents accès d'hystérie qui leur sont survenus. »

Un demi-siècle plus tard, Johannes Freind, dans son traité (*Emmenologia in qua fluxus muliebris menstrui phœnomena... exiguntur;* 1734), parle à son tour de la rétention d'urine chez les hystériques, et l'attribue clairement à la paralysie du plan musculaire de la vessie.

Je vais citer d'autant plus volontiers le passage, qu'il nous indique et la marche et les irrégularités de la rétention, et qu'il nous donne une juste idée des théories physiologiques régnantes à cette époque.

Considérant les phénomènes hystériques comme produits, pour la plupart, de la même façon que l'aménorrhée, c'est-à-dire par un défaut d'équilibre des deux fonctions qu'Hippocrate appelle *repletio* et *inanitio*, Freind s'exprime ainsi en parlant des troubles survenus dans les fonctions de la vessie :

« Urinæ stillicidium, quod in suppressione menstrua sœpe fieri « notat Hippocrates, a plethora facile deducitur.

« Vasa enim sanguinea, quæ vesicæ inferuntur, cum plurimum « distenta sint, nervos ita comprimunt ut parcior et difficilior multo « fiat in fibras motrices spirituum derivatio : unde musculi ad uri- « nam foras trudendam minor vis. Post aliquam vero moram, spiri- « tibus copia satis ubere congestis, eo momento in urinam nitetur « musculus, ut parvulam quandam illius portionculam nécessario « propellat : hoc vero impetu, exhanstis iterum spiritibus, motum « suum suspendere cogetur, donec novæ influant spirituum suppetiæ; « ita superato sensim per vices obice, urinam guttatim demittit ve- « sica. Quod si vasa intensius intumuerint, ita ut spiritus prorsus « intercipiant, etiam prorsus supprimetur urina : quia non suppetit « aliqua idonea vis, quæ eam ex vesica protrudat.

« Fiat etiam urinæ suppressio, si vesicæ sphincter, spasmo cor- « reptus, exitum præcludat; vel si adeo lentus fuerit sanguis, ut « nulla inde fieri possit in subtilissimis renum canalibus feri se- « cretio. »

Ainsi nous trouvons dans ce passage la paralysie du plan muscu- laire de la vessie clairement indiquée comme cause de la rétention d'urine, qu'importe l'explication physiologique? Que la volonté cesse d'agir sur la vessie, mécaniquement en quelque sorte (comme le veut Freind) ou simplement par défaut de transmission nerveuse; le phénomène de paralysie n'en est pas moins là comme cause de rétention.

La rétention d'urine hystérique a pour caractères d'offrir une marche très-irrégulière et une durée très-variable ; elle cesse quel- quefois d'elle-même au bout de quelques jours, d'autrefois se pro- longe des mois , des années ; ou bien elle succède à une attaque con- vulsive, ou bien, ce qui est peut-être plus fréquent, elle se mani- feste peu à peu ; les malades ont pendant quelques jours de la difficulté à rendre les urines, et arrivent graduellement à ne plus pouvoir uriner du tout; la rétention est devenue complète, et le cathétérisme nécessaire.

La vessie, dans ces conditions, doit être vidée au moins deux fois

par jour ; car, si on laisse l'urine s'accumuler en trop grande quantité, la distension du réservoir augmente considérablement l'état de souffrance des malades, et peut elle-même devenir cause de paralysie réelle ; et, de plus, le séjour trop prolongé de l'urine irrite la membrane muqueuse et y produit de l'inflammation, comme le prouve le mucus qui s'écoule avec les urines.

Les difficultés du diagnostic des rétentions d'urine dans l'hystérie, disparaissent en grande partie par ce fait, que la rétention n'existe que dans les cas d'hystérie confirmée. On trouve, en effet, outre les symptômes fournis par les voies urinaires, un bon nombre d'accidents hystériques. Je n'insiste pas sur les résultats négatifs de l'exploration de la vessie, sur l'absence des graviers dans l'urine, sur la limpidité et la décoloration fréquente de ce liquide.

La constipation est la règle générale chez les hystériques ; le plus ordinairement facile à vaincre, elle cède à l'usage de quelques lavements émollients ; quelquefois plus opiniâtre, elle réclame l'usage de remèdes plus énergiques ; elle s'accompagne presque toujours de douleurs abdominales qui varient d'intensité, ce qui lui donne un air de ressemblance avec la colique de plomb. Le diagnostic ne peut guère dans ce cas présenter de difficultés sérieuses.

Le ventre des hystériques est ballonné, très-sensible à la pression; celui des malades affectés de colique de plomb est, au contraire, aplati, excavé vers la région ombilicale ; la pression, loin d'augmenter la douleur, la soulage, sauf quelques exceptions. Le ventre de l'hystérique est dans toute son étendue également sensible ; la douleur, qui n'a pas de siége précis, est irrégulière, tantôt superficielle, tantôt profonde ; elle est caractérisée par des élancements. Dans la colique de plomb, le point habituellement le plus douloureux est la ligne médiane vers le creux épigastrique, la douleur est obtuse, contusive, quelquefois aiguë, dilacérante ; elle est continue mais sujette à des exacerbations ; enfin elle est toujours ressentie profondément.

La langue, habituellement normale dans l'hystérie, dégagée de

toute complication, est toujours blanche après quelques jours de colique saturnine.

Le ballonnement du ventre accompagne presque toujours la constipation chez les hystériques; le ventre est régulièrement distendu, partout sonore, quelquefois développé de façon à gêner la respiration, mais jamais assez pour apporter des troubles graves dans les fonctions des poumons.

Les phénomènes dont je viens de parler, la constipation et le ballonnement du ventre, sont, je crois, de la même nature que ceux par nous indiqués en parlant de la rétention d'urine, et doivent être attribués à l'affaiblissement de la contractilité de la membrane musculeuse de l'intestin.

La contractilité moins grande du plan musculaire diminue d'autant le mouvement pérystaltique, et par conséquent la progression des matières excrémentielles vers la partie inférieure de l'intestin; peut-être aussi que la sensibilité de la membrane muqueuse est altérée, et que la membrane, cessant d'être irritée par les matières qu'elle renferme, ne provoque plus de garde-robes.

La cause du ballonnement est la même; la membrane musculaire, moins contractile, oppose moins de résistance aux gaz qui se développent dans l'intestin; ceux-ci s'accumulent dans les anses intestinales, les distendent, et donnent lieu à la tympanite que nous avons indiquée.

Les dix observations qui suivent ont été choisies parmi une cinquantaine au moins recueillies cette année à la Charité, dans le service auquel j'ai été attaché comme interne; les deux premières sont complètes, renferment jusqu'aux moindres détails de la maladie; les huit dernières ne sont qu'un extrait d'observations beaucoup plus circonstanciées, prises au lit des malades; elles indiquent plus spécialement les troubles de l'innervation qu'a produits l'affection hystérique. Il m'eût été facile de citer un beaucoup plus grand nombre de faits; je me suis abstenu parce que, à la différence près d'un

peu plus, d'un peu moins d'anesthésie de la peau ou de faiblesse musculaire, ils ressemblent en tous points à ceux que j'ai transcrits.

Ire OBSERVATION.

Grasson, trente-sept ans, ouvrier typographe, employé à *la Presse,* né à Paris, habitant rue Vieille-du-Temple, au 2e étage, un appartement sec, bien aéré.

Mère, de santé délicate, morte à un âge assez peu avancé, sans qu'il soit possible de distinguer d'après les renseignements que nous donne le malade, si elle était atteinte d'un cancer de l'estomac ou d'une simple affection nerveuse; père, mort à cinquante-cinq ans, après deux mois d'aliénation mentale et un commencement de paralysie des membres inférieurs; une sœur, prise d'affection nerveuse; un frère, mort au service.

La santé ordinaire de notre malade fut bonne jusqu'à l'âge de trente-deux ans; il eut un chancre sur le gland et une blennorrhagie (le chancre n'a pas laissé de cicatrice). Il a toujours été très-impressionnable, ne pouvant supporter la moindre contrariété sans être fortement ému.

Cette disposition a été graduellement en augmentant.

Vers l'âge de vingt-cinq ans, il eut beaucoup de préoccupations d'esprit, à l'occasion d'affaires d'intérêts et de spéculations qui marchaient mal; et cet état d'inquiétudes a duré de l'âge de vingt-cinq ans à celui de trente-deux.

A l'âge de trente-deux ans, il éprouva, pour la première fois, des douleurs à l'épigastre et à l'hypochondre gauche; ces douleurs, qui ont été toujours en croissant, sont devenues très-violentes.

Depuis la même époque, engourdissement et paralysie légère du sentiment à la partie inférieure de la face; de temps en temps, gêne à avaler et suffocations; il éprouvait de temps en temps, le long des membres, des douleurs qui le forçaient à interrompre son travail.

A trente-cinq ans, apparurent des attaques de nerfs avec mouvements convulsifs involontaires, venant à l'occasion d'émotions vives, de contrariétés.

A trente-six ans, se manifesta une douleur fixe dans le milieu du dos ; vers la même époque, se montra aussi un commencement d'incontinence d'urine.

Depuis deux ou trois ans, le malade accuse de la faiblesse, de l'engourdissement dans les membres du côté gauche.

Depuis quinze jours à trois semaines, il accuse aussi de l'affaiblissement de l'odorat et de la vue à gauche, ainsi que de la gêne dans la prononciation. A cette époque, son état de maladie était tel, qu'il fut obligé de cesser complétement de travailler.

Jusqu'à présent, nous n'avons pas à noter d'amaigrissement, ni de troubles dans les grandes fonctions.

Entré à la Charité, salle Saint-Louis, n° 11, le 13 janvier 1851, dans l'état suivant :

Homme de petite taille, assez maigre, cheveux châtain foncé; peau à peine colorée; intelligence ordinaire ; point de céphalalgie habituelle ni de vertiges ; plusieurs fois par jour, survient dans la tête une douleur très-vive, dont la sensation est telle, qu'il semble au malade qu'on lui donne sur l'occiput un fort coup de marteau ; cette douleur apparaît brusquement, répond dans toute la tête, et cesse bientôt sans laisser de traces. Il y a peu de sommeil la nuit, le réveil a presque toujours lieu à l'occasion de douleurs d'estomac, qui se font sentir très-vivement, et occasionnent une sorte de suffocation passagère

L'examen de la face et des organes des sens présente des lésions remarquables.

La paupière supérieure de l'œil gauche est toujours abaissée et ne peut être volontairement relevée, de façon à laisser voir le globe occulaire.

L'œil droit est depuis fort longtemps profondément altéré, et la vue en est trouble.

La vue de l'œil gauche est notablement affaiblie, et la sensibilité de la muqueuse abolie; la pupille gauche est normale.

L'ouïe est à peu près conservée, il n'existe point de bourdonnement d'oreille.

La narine gauche ne sent point les odeurs, elle est insensible au toucher.

Il en est de même de la moitié gauche de la langue et de la bouche, qui a perdu ses sensibilités tactile et gustative. Les dents sont insensibles à gauche, au point que l'on peut percuter les arcades dentaires, sans que le malade ait la sensation du choc; des courants électriques de grande intensité ont été dirigés sur elles, sans que le malade perçût l'action de l'agent excitateur.

Il nous dit s'être lui-même arraché une dent sans avoir éprouvé de douleur.

La langue se tire droit, et se meut bien.

Les altérations de la sensibilité cutanée, de la sensibilité et de la contractilité musculaire, ne sont pas moins curieuses.

La moitié gauche de la face est anesthésiée; elle peut être pincée, piquée sans éveiller aucune douleur : du côté droit, la sensibilité est seulement affaiblie.

L'anesthésie est complète sur les muqueuses de tous les organes des sens du côté gauche; seulement plus faible aux mêmes points du côté droit.

Dans l'état de repos, la bouche n'est point déviée, mais lors des mouvements, on s'aperçoit que les muscles du côté gauche sont profondément affaiblis; car alors la bouche se tire légèrement vers l'oreille droite, et la moitié droite des lèvres se contracte seule.

Sous l'influence de l'excitation électrique, les muscles se contractent comme à l'état normal, mais la sensation que provoque l'opération est nulle dans certains muscles, et considérablement affaiblie dans d'autres. Ainsi les muscles frontal, pyramidal du nez, dilatateur du nez, orbiculaire de l'œil, sont sensibles; tandis qu'on peut diriger les plus forts courants sur les autres muscles, sans que le

malade accuse de douleur. L'excitation électrique, limitée sur les nerfs sous-orbitaire et mentonnier, ne donne lieu à aucune sensation, tandis que les sus-orbitaires ont conservé une partie très-notable de leur sensibilité. La sensibilité électro-cutanée de la face est nulle à gauche, et très-faible à droite.

La déglutition est un peu gênée, surtout celle des liquides, qui reviennent quelquefois par le nez.

La respiration est normale; néanmoins, lorsque le malade fait des efforts, tousse ou parle, il se fait dans l'inspiration un gémissement analogue à celui du premier temps de la toux de la coqueluche chez les enfants; il semble que le malade soit prêt à suffoquer. Ce bruit accompagne chaque inspiration un peu forte.

La parole est lente, embarrassée, quoique les idées soient très-nettes.

Il n'y a plus de sensation de strangulation à l'occasion d'émotions ou de contrariétés; de temps en temps seulement, quelques légers accès de dyspnée. Un peu de toux; sous la clavicule droite le son est très-légèrement dur, et la respiration un peu faible. Rien ailleurs; point de sueurs la nuit ni paroxysme le soir, ni expectoration; les ongles des doigts ne sont point déformés.

Les bruits de cœur sont à l'état normal; de temps en temps surviennent quelques palpitations.

A peine les aliments sont-ils dans l'estomac, qu'une vive douleur se développe à la région épigastrique et hypochondriaque gauche, s'étendant jusqu'à la région précordiale. Cette douleur qui apparaît irrégulièrement, tantôt un jour, tantôt l'autre, dure très-longtemps, quelquefois même tout un jour, s'exaspère au point de forcer le malade à se rouler par terre, à s'agiter dans tous les sens, et à simuler une sorte d'attaque nerveuse, sans qu'il y ait cependant jamais de mouvements convulsifs. L'action de prendre des aliments, une distraction, une excitation violente sur un autre point du corps, font disparaître cette douleur d'estomac. Il n'y a jamais de vomissements, mais souvent des aigreurs d'estomac.

Le malade ne prend qu'une très-petite quantité d'aliments de facile digestion. Il n'y a point de coliques ni diarrhée, l'abdomen est normal ; l'examen de la région épigastrique n'offre rien de particulier, et la pression n'y est même pas habituellement douloureuse.

Le malade se plaint de constipation opiniâtre ; les intestins contiennent une notable quantité de matières solides, et plusieurs fois, nous dit-il, il fut obligé d'extraire avec les doigts, des excréments, que les efforts de défécation ne suffisaient pas à rejeter au dehors.

L'excrétion des urines se fait assez facilement ; néanmoins le jet n'a pas une grande force, et ne s'arrête pas net à volonté.

La sensibilité à la douleur de la peau des membres supérieur et inférieur du côté gauche est affaiblie notablement ; il y a un peu d'engourdissement dans la main et le pied gauches.

Quand le malade se lève et veut marcher il tremble, chancelle, et menace de tomber ; cela tient tout à la fois et à la faiblesse des membres, et à ce que les pieds n'ont pas la sensation tactile, la sensation de résistance du sol sur lequel ils reposent.

De temps en temps, il accuse une douleur vive vers les apophyses épineuses des vertèbres dorsales.

Il n'y a point d'anesthésie au tronc.

La peau est de chaleur normale ; le pouls à 70.

Le malade se plaint de sentir constamment un état de faiblesse très-grande ; et, lorsqu'il vient à s'assoupir, il est pris souvent d'une sorte de soubresaut général qu'il compare à la sensation d'une étincelle électrique.

La nuit seulement, et cela depuis qu'il est à l'hôpital, il est pris d'une attaque convulsive toute spéciale, qui souvent se répète plusieurs fois de suite, à quelques heures d'intervalle, et se manifeste presque toutes les nuits. Au milieu de son sommeil, il jette un cri, qui est suivi d'un mouvement convulsif général qui quelquefois le fait tomber en bas du lit ; il perd complétement connaissance, et au bout de quelques minutes, au plus une demi-heure, il revient à lui sans avoir gardé le souvenir de ce qui s'est passé.

Le 25 février. On constate que l'œil gauche ne peut se porter ni en dedans, ni en bas, ni en haut, mais qu'il a complétement conservé la faculté de se porter en dehors.

Le 10 mars. Le côté gauche de la face a été plusieurs fois galvanisé, et l'excitation successivement dirigée sur la peau et sur les muscles. Sous cette influence, la paupière supérieure gauche a commencé à se mouvoir, et aujourd'hui l'œil peut être en partie spontanément découvert; les muscles des joues ont repris leur contractilité, et la bouche est beaucoup moins tirée à droite. L'excitation électro-cutanée a rappelé la sensibilité sur presque tous les points de la face, bien qu'elle soit encore très-faible. Les muqueuses des organes des sens, plus réfractaires à l'agent électrique, sont restées à peu près insensibles.

La déglutition étant difficile et gênée, et la voix presque éteinte, comme nous l'avons déjà dit, l'action électrique fut alors portée sur les constricteurs du pharynx et sur les muscles du larynx. L'opération, pratiquée sans difficultés, et répétée plusieurs fois, ne fut suivie d'aucun résultat avantageux.

En même temps que l'excitation électrique était dirigée contre les paralysies musculaires, on donna au malade quelques opiacés par l'anus, de l'eau de chaux avant les repas, qui eut pour résultat de diminuer les aigreurs d'estomac; on appliqua sur la région précordiale un vésicatoire pansé chaque jour avec de la morphine. La moindre excitation du vésicatoire provoquait de vives douleurs de compression à la poitrine, et amenait des accès d'agitation; mais aussi l'absorption de la morphine avait pour résultat de produire un calme assez marqué. Les attaques convulsives de la nuit sont devenues un peu moins fréquentes; depuis cinq à six jours, il n'y en a pas eu.

Le 11 mai. L'amélioration, qui d'abord s'était manifestée, ne s'est pas longtemps soutenue; les forces ont été graduellement en diminuant, et, depuis une quinzaine de jours, le malade ne peut plus quitter le lit; depuis deux jours surtout, il est dans un état de prostration extrême. L'amaigrissement est tellement considérable que

le malade est réduit à l'état presque squéletique. La fièvre est continuelle depuis quelques jours. L'intelligence s'est constamment maintenue au même degré ; la paralysie de la face, qui s'était améliorée sous l'influence de l'électricité, est promptement revenue à son premier état et même l'a dépassé, car la bouche est plus tirée à droite qu'elle ne l'a jamais été. Cependant je dois noter que la paupière supérieure de l'œil gauche a conservé toute la mobilité que lui avait rendue l'électrisation. L'insensibilité de toutes les parties qui constituent la bouche est à peu près la même ; néanmoins les saveurs sont distinguées, mais beaucoup mieux à droite qu'à gauche. La déglutition est devenue de plus en plus difficile, au point que le malade peut à peine avaler, et ne prend plus aujourd'hui ni aliments solides, ni aliments liquides ; il se contente de quelques cuillerées de looch.

La respiration est constamment râlante ; il n'a la force, ni de tousser, ni de cracher, ni de se débarrasser des mucosités bronchiques ; la respiration, bien que faible, s'accompagne cependant toujours d'un bruit sibilant très-fort ; la voix est complétement éteinte depuis une huitaine de jours.

Mort à midi, le 11 mai 1851.

Autopsie. — L'autopsie a été faite, quarante-six heures après la mort.

Le cerveau, enlevé avec tout le soin possible, ne présente extérieurement aucune trace de lésion ; il a sa couleur, sa consistance normales ; il est arrondi et semble un peu volumineux. La pie-mère et l'arachnoïde sont légèrement épaissies et légèrement adhérentes à la pulpe cérébrale ; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est un peu œdémateux. La base du cerveau n'offre rien de particulier : chaque nerf, examiné à son origine, se présente à l'état normal. Le cerveau est ensuite coupé couches par couches ainsi que le cervelet sans offrir de lésion appréciable.

La moelle, examinée dans sa partie supérieure, et enlevée jusqu'au renflement cervical, nous montre l'origine apparente du facial, pneumogastrique, spinal, glosso-pharyngien ; toutes ces parties sont saines.

Les pneumogastriques, disséqués dans tout leur trajet cervical, sont parfaitement normaux.

Le cœur, les poumons, sont sains, à l'exception de quelques granules gris au sommet.

Le pharynx, fendu longitudinalement, est parfaitement normal.

Le canal digestif est sain. Le gros intestin est, dans toute sa longueur, considérablement revenu sur lui-même ; il est réduit au volume de l'iléon ; sa cavité contient une quantité considérable de matières fécales dures, disposées en chapelet. La valvule pylorique seule présente un léger épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux avec induration et transformation lardacée (l'examen microscopique n'a pas été fait), sans que le rétrécissement soit assez considérable pour apporter une grande gêne au cours des matières qui doivent franchir le pylore ; le doigt y entre facilement. Les voies urinaires sont saines.

Je ferai suivre cette observation de quelques réflexions, en raison de la valeur que je lui donne.

Sans doute il semblera étrange au lecteur, s'il se rappelle l'épigraphe de cette thèse, qui fait à l'hystérie une si large part dans la pathologie de la femme, de voir que ma première observation a un homme pour sujet.

Loin de moi l'idée d'avoir voulu faire de l'hystérie la propriété exclusive du sexe féminin. L'homme, par la nature même des conditions physiques et morales dans lesquelles il vit, est moins que la femme sujet aux causes qui peuvent profondément ébranler son système nerveux ; mais, dans certaines dispositions congénitales ou acquises, comme elle, il se prendra de la maladie hystérique ; comme elle, il présentera les troubles fonctionnels que nous avons étudiés dans la première partie de ce mémoire.

L'observation précédente est remarquable à plus d'un titre : elle nous donne un tableau presque complet de toutes nos variétés de paralysies.

Anesthésie des organes des sens, de la face, des membres; paralysie du facial; affaiblissement des muscles des membres; paralysie du larynx.

Diminution de contractilité de l'intestin de la vessie.

Enfin l'autopsie vient, comme complément, nous permettre de constater l'absence de toute lésion appréciable.

IIe OBSERVATION.

Guilbert (Honorine), 28 ans, couturière, née et élevée à Paris; père, mère, frères, sœurs, sans accidents nerveux. Jusqu'à l'âge de douze ans, elle n'eut point de maladies, elle était simplement sujette aux migraines. Caractère gai et vif, facilement impressionnable. Menstruée à douze ans; menstruation facile et sans douleurs. Mariée à dix-huit ans; en bonne santé.

De l'âge de dix-huit à vingt-quatre ans, elle eut trois grossesses suivies d'accouchements faciles. Les enfants sont forts et bien portants. A vingt-quatre ans, elle vit brusquement son mari mourir à côté d'elle. Il n'y avait encore eu, à cette époque, aucun trouble nerveux; son caractère n'était pas devenu plus impressionnable. Mais, ayant toujours vécu heureuse en ménage, elle éprouva, à la suite de cet accident, beaucoup d'émotions et de chagrins. Elle s'enferma dans une chambre, où elle resta seule pendant près d'un mois, et là, abandonnée à sa douleur, elle devint plus impressionnable, très-facile à agacer, et perdit l'appétit.

Un mois après, elle eut, pour la première fois, une attaque convulsive avec perte de connaissance.

Pendant la première année, les attaques eurent lieu, tous les deux ou trois mois; elles sont devenues depuis plus fréquentes et se répétent maintenant plusieurs fois par semaine. Depuis cette époque jusqu'à présent, elle continua à éprouver beaucoup de chagrins et d'ennuis.

Les attaques viennent souvent spontanément, souvent aussi à la suite de contrariétés.

Elles commencent par un sentiment d'oppression à la région épigastrique, puis battement de cœur, sensation d'un globe ascensionnel, étranglement, enfin perte de connaissance. Les mouvements convulsifs se manifestent alors dans les membres et à la face, durent cinq à six minutes, après quoi la malade tombe dans un état assez analogue au sommeil, avec très-peu de dyspnée et de ronflement. La convulsion n'est point suivie de pleurs ni de courbature, seulement la tête reste lourde, pendant une ou deux heures.

Les époques menstruelles sont sans influence sur le retour des accès, depuis le début de l'hystérie.

Il y a de la strangulation, de l'épigastralgie habituelle, et depuis trois à quatre mois, des douleurs dans le dos. Les facultés intellectuelles, assez développées chez cette femme, se sont affaiblies, quoiqu'il n'y ait absolument rien de déraisonnable dans ses gestes et paroles. Depuis quatre ans, leucorrhée, devenue très-abondante depuis dix mois, avec douleurs hypogastriques et sus-fessières; depuis un an, menstruation irrégulière, revenant tous les quinze jours; depuis un an, diminution de la force musculaire des membres gauches; depuis six semaines, affaiblissement des sens et de la sensibilité de la peau du côté gauche.

Entrée à la Charité (service de M. Briquet) le 2 janvier 1851, couchée salle Sainte-Marthe, 23.

Femme de taille moyenne, embonpoint ordinaire, peau blanche, cheveux châtains, teint pâle, intelligence ordinaire.

Troubles très-prononcés de la vue de l'œil gauche, avec diminution de la sensibilité de la conjonctive du même œil.

Odorat obtus à gauche.

Goût également obtus à gauche.

Ouïe plus confuse, plus obtuse à gauche qu'à droite, avec bourdonnements d'oreille continus.

La sensibilité de tact, et la sensibilité à la douleur de la pituitaire

de la membrane muqueuse de la bouche à gauche, sont notablement diminuées.

Anesthésie à peu près complète de la peau de tout le côté gauche du corps, limitée à la ligne médiane.

Diminution très-notable de la force musculaire dans le membre supérieur gauche, un peu moindre dans le membre inférieur.

La malade éprouve une sensation de froid très-prononcée dans tout le côté gauche du corps, mais non appréciable au toucher; sensation continuelle de fourmillements dans la main et dans le pied du même côté; douleurs de tension des membres, qui ont lieu spontanément, pendant le repos le plus complet, ne sont nullement produites ni par la marche, ni par le mouvement, ni augmentées par la pression ; elles apparaissent, de temps en temps, hors l'époque des attaques convulsives.

Céphalalgie gravative assez fréquente.

Diminution de la mémoire, de la force d'attention, et souvent fatigue intellectuelle, telle que la malade n'a plus la force ni de penser ni d'être attentive à ce qu'on lui dit.

Sensation continuelle de strangulation.

Douleurs dans les parois du côté gauche de la poitrine, douleurs vives à la région épigastrique, augmentées par la pression et le mouvement; douleurs éveillées par la pression du ventre, et surtout de la région sus-pubienne; douleurs dans les 2e, 3e, 4e, 5e, 6e épineuses dorsales, et dans la partie de gouttière vertébrale gauche correspondante.

Sensibilité normale à droite.

Digestions régulières, selles rares, urines normales; un peu de muco-pus sortant de la cavité du corps utérin ; rien d'appréciable au col.

Les jours derniers, il y a eu plusieurs attaques hystériques semblables aux précédentes.

Très-peu d'essoufflement et de palpitations lors de la marche, très-léger susurrus à gauche.

Le 15 janvier. L'hémiplégie gauche étant exactement dans le même état que les jours précédents, on a galvanisé très-légèrement la peau de la face. Au bout de peu de temps, la sensibilité tactile est revenue, quoique encore un peu obtuse. On a galvanisé assez fortement l'orifice de la narine gauche en introduisant de quelques lignes le conducteur électrique dans les fosses nasales, et la sensibilité de tact ainsi que l'odorat de ce côté sont revenus; le lendemain, la malade sentait bien. On a galvanisé le côté gauche de la poitrine et de l'abdomen en faisant passer le courant par les parties profondes, qui étaient douloureuses à la pression et au toucher; malgré cette sensibilité, le courant électrique n'a pas été senti, quoiqu'il détermina des contractions musculaires. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'il a fini par être senti; mais on n'est point parvenu à le rendre douloureux. On a galvanisé la peau, et la sensibilité y est promptement revenue, seulement plus obtuse que celle du côté opposé.

Le membre supérieur gauche a été galvanisé en commençant par les parties profondes; le courant d'abord n'était pas senti, il a fini par l'être; la galvanisation de la peau a promptement ramené la sensibilité de tact.

Le membre inférieur gauche, galvanisé, en commençant par le nerf poplité, a donné de la sensibilité plus promptement que le bras; la peau néanmoins est restée insensible jusqu'à ce qu'on l'ait galvanisée.

Le 17. On a galvanisé le côté gauche de la langue, et peu à peu on a constaté la sensibilité de la langue et le retour du goût; on a ensuite porté le courant sur la face interne de la joue, et on a obtenu le même résultat.

Le goût et le toucher restent néanmoins encore un peu obtus. L'oreille gauche a été galvanisée en introduisant le conducteur dans le conduit auditif préalablement rempli d'eau, l'autre conducteur étant placé dans la main de la malade.

La sensibilité du courant a été vivement perçue, et a déterminé presque aussitôt une attaque convulsive.

La convulsion finie, la malade a déjeuné, et pu constater que le goût était revenu ; l'ouïe avait de même repris sa finesse, et les bourdonnements d'oreille avaient cessés. Quelques heures après, elle eut une contestation assez vive, puis une nouvelle attaque convulsive, suivie de la perte complète de tous ses sens du côté gauche.

La malade nous assure que chez elle, la sensibilité génitale est assez peu développée; que pendant son mariage, elle se prêtait, par complaisance seulement, à l'acte vénérien, sans jamais y trouver sa part de plaisir; que depuis son veuvage, elle n'a jamais eu aucune relation sexuelle, qu'elle n'en a point désiré, si ce n'est deux ou trois fois seulement, à l'époque de ses règles.

Le 21. La perte du goût, de l'odorat, de l'ouïe, persistant depuis la dernière convulsion, et étant de nouveau bien constatée, l'électricité fut de nouveau appliquée, comme la première fois, à chaque organe successivement, et chacun des sens reprit à son tour sa sensibilité générale et sa sensibilité spéciale; peut-être moins complètes que du côté droit, mais assez cependant pour que la malade applaudît vivement au changement survenu dans son état.

Le 27. On a galvanisé l'œil sans obtenir aucun résultat ; aujourd'hui le globe de l'œil est insensible, ainsi que les paupières, et la vue reste toujours trouble.

Les menstrues sont venues, et ont duré un jour, comme de coutume.

Le 28. L'anesthésie de la conjonctive de l'œil gauche et l'anesthésie du nerf optique continuant, on a de nouveau tenté la galvanisation en faisant passer le courant de l'occiput aux paupières.

Il en est résulté une douleur très-vive dans la tête, qui a duré plusieurs heures avec intensité, et a fini par provoquer une attaque hystérique convulsive, suivie de deux ou trois autres dans les vingt-quatre heures, séparées seulement par un état comateux. La dernière

attaque a été arrêtée par le chloroforme, et depuis ce moment, il n'y en a plus eu.

Le 30. La malade est bien ; elle a conservé toute la sensibilité que lui avait rendue l'électricité ; il n'est revenu ni surdité ni bourdonnement d'oreille, seulement l'œil reste insensible.

Un peu de céphalalgie gravative et de courbature.

Le 28 avril. Examen de la malade au moment de la sortie.

Le facies depuis longtemps a cessé d'avoir l'aspect de l'hébétement, la stupeur habituelle est, depuis près de deux mois, complétement disparue ; l'intelligence est revenue à l'état normal ; la coloration de la peau est bonne.

Il ne reste plus que des douleurs de tête, et un sentiment de pesanteur habituelle, lequel correspond aux variations de température qu'éprouve la peau des pieds ; les mouvements des membres sont normaux.

La sensibilité de tact de l'œil gauche est toujours nulle, et la vue de cette œil toujours faible ; les autres sens n'ont rien.

Il n'y a nulle douleur au tronc et au dos.

Il reste une sensation de froid aux deux pieds, que l'on modifie par les sinapismes seulement.

Un peu de prolongation du premier bruit du cœur dans la carotide droite ; de temps en temps, palpitations et essoufflement lors de la marche ; tube digestif à l'état normal.

Les menstrues paraissent tous les quinze jours.

Leucorrhée à un degré modéré.

Depuis un mois, il n'y a eu que deux attaques, beaucoup moins longues, beaucoup moins fortes que celles dont nous avons parlé plus haut.

Sortant, le 28 avril 1851.

IIIe OBSERVATION.

Valmontet (Clémence), dix-huit ans, domestique, née et élevée à la ville; père, mère, frères, sœurs, bien portants.

Vers l'âge de six ans, elle était forte et de bonne santé, lorsqu'à l'occasion d'une frayeur arrivée le soir, elle fut prise de sa première attaque convulsive : elle tomba aussitôt sans connaissance, avec mouvements convulsifs très-violents de tout le corps, et resta plusieurs heures dans cet état. Depuis ce temps, les attaques n'ont plus cessé ; elles sont revenues deux à trois fois par mois.

Sa première menstruation eut lieu à treize ans; elle se fit facilement, sans trop de douleurs ; depuis lors, les règles paraissent régulièrement chaque mois et durent huit jours.

Depuis plusieurs années, les attaques d'hystérie reviennent une à deux fois par mois, et au lieu de durer dix minutes à un quart d'heure, comme cela avait lieu au commencement, elles se prolongent maintenant de trois à quatre jours. Elles n'ont jamais lieu spontanément, mais toujours à l'occasion de contrariétés, quelque légères qu'elles soient.

L'accès commence par de la strangulation, qui dure deux à trois heures ; impossibilité de parler, gêne à respirer, puis perte de connaissance, et mouvements convulsifs, pendant lesquels il y a souvent une sorte de roideur générale. Les mouvements convulsifs sont très-violents, durent quelquefois quatre à cinq heures, s'accompagnent de cris, d'envies de mordre ; après quoi la malade tombe dans un sommeil léthargique, dont on ne peut la tirer ; quelquefois elle s'éveille à demi, répond très-difficilement et lentement aux questions qu'on lui adresse ; bientôt sa figure se colore, ses dents se serrent, et survient une roideur des membres ; la respiration devient gênée, l'œil reste fixe et ouvert, la pupille immobile ; elle n'entend plus, ne voit plus. Cet état de rigidité dure quelques minutes, puis elle retombe dans l'état comateux, d'où elle était sortie pour un instant.

On peut alors agiter ses membres, qui sont dans la résolution complète ; on peut la piquer, la pincer, sans provoquer la moindre manifestation de douleur. La coloration de la face reste rosée, la respiration se fait bien. Au bout d'un certain temps, elle se réveille encore, pour retomber presque aussitôt dans le même état.

Ces alternatives de réveil et de coma durent habituellement de trois à quatre jours, pendant lesquels elle ne mange pas, boit difficilement, urine peu, n'a point de garde-robes; le pouls reste calme et la peau fraîche. L'attaque finie, elle n'éprouve plus qu'un peu de courbature ; elle reprend aussitôt ses occupations. Cet état se répète, nous dit-elle, une fois chaque mois, et dans l'intervalle, elle n'éprouve aucun malaise ; l'époque menstruelle ne provoque point la manifestation des convulsions.

Le tableau que nous venons de faire est celui de la malade, au moment où elle fut apportée à l'hôpital.

Entrée à la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 11, le 10 mars 1851.

C'est une femme grande, avec beaucoup d'embonpoint ; tempérament lymphatico-sanguin, coloration rosée de la peau, cheveux châtain clair, intelligence obtuse ; céphalalgie frontale.

Elle ne présente nulle part d'anesthésie, ni de la peau, ni des muqueuses, ni des organes des sens.

La force musculaire est normale dans les membres.

Elle n'a point de leucorrhée habituelle. Pendant les premiers jours de son arrivée, on a entendu un souffle très-évident au premier temps du cœur, ainsi que dans les vaisseaux du cou ; aujourd'hui, on ne distingue plus rien. Pouls normal, peau fraîche.

L'attaque hystérique finie, elle voulut sortir.

Sortant, le 14 mars 1851.

IVe OBSERVATION.

Roussel (Marie), trente-deux ans, marchande des quatre saisons, née à la campagne, d'une mère qui avait de fréquentes attaques

d'hystérie ; réglée pour la première fois à dix ans et demi, elle n'éprouva aucun dérangement dans sa santé jusqu'à l'âge de dix-sept ans ; à cette époque, ayant été forcée de s'éloigner de son pays, elle eut beaucoup d'ennuis, et il lui survint peu à peu, une légère décoloration de la face, de l'amaigrissement, de la fatigue dans les membres ; cet état se maintint jusqu'à l'âge de vingt ans. A l'occasion d'une contestation qu'elle eut avec ses maîtres, elle fut prise brusquement d'un accès hystérique très-fort, avec convulsions, et perte de connaissance. Depuis ce moment, elle est devenue sujette à des accès, qui ont lieu tous les deux ou trois mois. Les attaques viennent quelquefois spontanément, et alors elles n'ont lieu que de loin en loin; d'autre fois, elles se produisent sous l'influence d'affections morales, celles-là ont lieu très-souvent, bien qu'il faille une contrariété assez forte pour les provoquer. Mariée depuis six ans, elle a eu deux accouchements et deux avortements ; depuis trois ans, elle éprouve de la douleur dans le flanc gauche, elle a de la leucorrhée, depuis huit ou dix ans; ses menstrues sont arrêtées depuis trois mois, et depuis lors, accidents nerveux plus développés qu'auparavant.

Entrée à la Charité, le 23 septembre 1848. Taille moyenne, embonpoint médiocre, tempéramment lympathico-sanguin, assez vive cependant, peu impressionnable; céphalagie pulsative et lancinante, même dans l'état de repos, appétit conservé, sentiment presque continu de strangulation ; douleurs à la région épigastrique et à la partie moyenne des dernières fausses côtes gauche, douleurs à la pression des parois abdominales du côté gauche. de la région sus-pubienne du même côté, du rachis, de la sixième à la douzième vertèbre dorsale.

Insensibilité de la peau du côté gauche du dos, depuis le haut jusqu'en bas ; l'insensibilité de la peau s'étend au côté gauche de la face, de la tête et des membres ; insensibilité de la muqueuse conjonctivale, nasale et buccale du côté gauche ; du même côté, léger affaiblissement de la vue, perte de l'odorat et du goût; perte du sens du toucher de la main gauche; perte de la sensibilité de la

plante du pied gauche ; affaiblissement musculaire dans le membre supérieur gauche, et dans les membres inférieurs, datant de six à sept mois. La paralysie est arrivée au point de rendre la marche presqu'impossible, sans l'aide d'un bras; la malade traîne les membres inférieurs sans pouvoir les lever. Règles suspendues, leucorrhée abondante, avec une légère cuisson en urinant; léger souffle dans les vaisseaux du cou ; cœur normal; un peu d'essoufflement lors de la marche; appétit conservé; pouls normal.

Elle est traitée par la galvanisation, qui fut appliquée pour la première fois le 11 octobre.

Le 20. En une seule séance de cinq minutes, la sensibilité de la face est revenue sous l'influence de la galvanisation cutanée, par la main électrique; en deux séances, les sens de l'odorat et du goût sont revenus.

Toutes les autres parties, insensibles et paralysées, ont été galvanisées tour à tour; enfin, la malade est sortie le 24 novembre, dans l'état suivant :

Sensibilité de la peau, partout à l'état normal; la force musculaire est complétement revenue depuis longtemps dans le membre supérieur. Dans le membre inférieur, la motilité n'a reparu que progressivement, et aujourd'hui, la marche et la force musculaire paraissent intactes. La menstruation a reparu, mais peu abondante; elle a été rappelée par l'excitation électrique, portée sur l'utérus, mais ne s'est montrée que quelques heures seulement. La leucorrhée a disparu ; plus de cephalalgie, plus de douleurs au tronc, ni dans les membres. Malgré cette amélioration, les attaques hystériques ont lieu comme de coutume, mais un peu moins fortes. Peu de jours après, la malade est sortie complétement guérie de sa paralysie musculaire et cutanée.

Deux mois après sa sortie, nous avons revu cette malade, dont la guérison paraissait solidement établie, malgré plusieurs accès d'hystérie.

Cette observation est empruntée à M. Briquet.

V[e] OBSERVATION.

Jéhan (Célestine), dix-sept ans, née et élevée à la ville. Père bien portant; mère de mauvaise santé, hystérique; une sœur morte d'un cancer au sein, une autre toujours souffrante; éducation assez dure; sujette aux maux de tête, aux douleurs d'estomac et de dos; caractère triste, très-impressionnable. A l'âge de cinq ans, apparition, à la suite de mauvais traitements, d'une première attaque convulsive avec perte de connaissance; ces attaques ne reparurent pas jusqu'à l'âge de quinze ans; la menstruation s'est faite à quatorze ans; menstrues faciles, non douloureuses, s'étant, depuis cette époque, montrées chaque mois, mais ne durant jamais qu'un à deux jours.

A quinze ans, manifestation de la deuxième attaque convulsive, à la suite d'une frayeur éprouvée la nuit; deux autres attaques seulement ont eu lieu depuis cette époque jusqu'à ce jour; la dernière, il y a trois semaines, encore après une vive émotion. L'attaque commence par de l'oppression, un serrement à l'épigastre, la sensation d'une boule remontant à la gorge, puis perte de connaissance; convulsions durant deux à trois heures, et se terminant par des pleurs, des sanglots. Elle éprouve constamment, depuis deux mois, de vives douleurs dans le dos et à l'estomac.

Entrée à la Charité, le 5 mai 1851 : couchée salle Sainte-Marthe, 26. Femme de petite taille, embonpoint ordinaire, peau blanche, cheveux châtain clair, figure habituellement très-colorée, mais maintenant un peu pâle; tempéremment lymphatico-sanguin; intelligence obtuse.

Céphalalgie continue, habituellement pulsative, occupant les régions frontale et temporale.

Anesthésie complète de la muqueuse oculaire, de la pituitaire, de la muqueuse linguale et buccale du côté gauche. Vue faible de l'œil gauche, perte du goût, de l'odorat et de l'ouie à gauche; bourdonnements continus dans l'oreille de ce côté.

Anesthésie complète de la joue gauche, de tout le côté gauche du cou, et de tout le côté gauche du tronc, excepté de la région lombaire.

Anesthésie complète du membre supérieur gauche, incomplète dans le membre inférieur, s'accompagnant d'un peu de faiblesse musculaire dans l'un et l'autre membre; cette anesthésie paraît dater de deux mois pour le membre supérieur; la malade ne s'en est jamais apperçue dans les autres régions.

Souvent sensation de strangulation.

Douleurs le long du sternum et à la région épigastrique, augmentées par la fatigue, la pression et l'ingestion des aliments; douleur au rachis entre les deux épaules; appétit conservé. Dyspepsie et aigreurs d'estomac; constipation habituelle; léger susurrus dans les vaisseaux du cou; essouflement et palpitations lors de la marche; bruits du cœur normaux; point de leucorrhée; menstrues régulières, peu douloureuses; sentiment d'engourdissement très-prononcé, surtout dans le membre gauche. Pouls à 60; peau fraîche. Cet engourdissement ainsi que l'anesthésie paraissent dater de deux mois, et s'être manifestés à la suite d'une attaque convulsive, provoquée par une émotion vive. — Sous-carbonate de fer, 2 grammes, eau de chaux prise aux repas; bordeaux 200 grammes.

Les opiacés, administrés pendant plusieurs jours, et par la bouche et en lavements, n'ont produit aucun effet appréciable, bien que la dose fût assez forte.

Le 2 juin. Encore un peu d'anesthésie de l'œil et de la narine gauche, qui ont été galvanisés.

Le bras gauche a été galvanisé ces jours derniers, la sensibilité est revenue dans le bras, mais l'avant-bras, la main, les doigts restent complétement insensibles, ainsi qu'une partie de la peau du bras, de la largeur d'une pièce de 5 francs, vers la partie externe, au tiers supérieur.

Anesthésie complète de la jambe gauche, jusqu'au genou, avec

engourdissement; même céphalalgie, même épigastralgie; point de menstrues.

Elle sort dans cet état, le 2 juin.

VIe OBSERVATION.

Michel (Victorine), dix-neuf ans, domestique, née et élevée à la campagne, occupée aux travaux des champs. Point de phénomènes d'hystérie dans sa famille. à l'exception d'une sœur plus âgée qu'elle, évidemment chloro-hystérique, mais sans avoir d'attaques de nerfs; deux sœurs plus jeunes, sans maladies. Caractère gai; vive, assez insouciante, sujette aux migraines; très-bien portante jusqu'à l'âge de quinze ans, et jamais de maladies. Menstruée pour la première fois à dix-sept ans, elle était alors très-forte; menstruation facile, non douloureuse. Depuis ce moment, menstrues assez régulières, durant quatre à cinq jours, perte de sang peu abondante. Depuis l'âge de quinze ans, apparition de douleurs à la région épigastrique, lesquelles ont duré jusqu'à ce moment. Arrivée à Paris à treize ans, est restée domestique depuis ce temps, a continué à être sujette à la migraine, du reste bonne santé. Le 1er juillet, elle était bien portante, commençait à avoir ses menstrues, lorsqu'elle fut mouillée par la pluie, et vit le soir les règles s'arrêter; le lendemain, douleurs à l'abdomen et aux régions fessières; pendant huit jours, ces douleurs ont continué, et la malade est venue à l'hôpital.

Entrée à la Charité, le 8 juillet 1851, salle Sainte-Marthe, 36. Femme très-grande, très-forte, embonpoint assez prononcé, riche coloration rosée de la face, peau blanche, cheveux châtains, intelligence ordinaire. Fièvre assez vive, douleur violente dans l'abdomen, aux régions fessières, sans diarrhée; le lendemain, diminution des douleurs et de la fréquence du pouls; absolument aucun phénomène hystérique. Application de 20 sangsues à l'anus, qui a fait

disparaître les douleurs, ainsi que la fréquence du pouls; et les jours suivants, la malade revint à l'état normal. Susurrus dans les vaisseaux du cou. Depuis un mois, un peu d'essoufflement et de palpitations lors de la marche, mais point de modification dans la coloration de la face.

Le 12, la malade était très-bien portante, n'éprouvait aucun malaise; toutes les fonctions étaient à peu près à l'état normal.

Le 13. Pendant qu'elle était à la messe, elle a eu une syncope qui a duré quelques instants; elle s'est couchée ensuite, n'a rien fait de particulier, et n'éprouvait aucun malaise.

Vers cinq heures, elle s'est levée, et au bout d'une demi-heure, elle a été prise, sans cause appréciable, d'un vertige, de roideur des membres, de perte de connaissance, d'oppression épigastrique, d'étranglement, suivis de pleurs et de sanglots.

Le lendemain, on s'est aperçu qu'il y avait anesthésie complète de tout le côté gauche, avec bourdonnements d'oreille de ce côté, oppression épigastrique, douleur à la région dorsale du rachis, fourmillement dans les membres, beaucoup de céphalalgie, point de troubles dans l'émission des urines; susceptibilité très-grande, qui fait que la malade pleure pour la moindre cause, et a souvent des étranglements. — Bains, ferrugineux, opiacés.

Les jours suivants, il y a eu encore une attaque hystérique de même intensité, avec les mêmes phénomènes.

Aujourd'hui, 25 juillet, la malade est dans l'état suivant : la céphalalgie frontale est à peu près dissipée, seulement un peu de la titubation quand la malade se met sur son séant; coloration rose de la face; diminution notable de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût à gauche; diminution également notable de la sensibilité générale des muqueuses de ces sens; anesthésie incomplète du côté gauche de la face, mais complète de tout le côté gauche du corps.

Diminution notable de la force musculaire dans les membres supérieur et inférieur gauches, assez considérable pour que la malade soit forcée de garder le lit; un peu d'appétit; susurrus modéré dans les

vaisseaux du cou; pouls normal; douleurs à la pression dans les différentes parties du corps, par nous déjà tant de fois indiquées, et que nous considérons comme lieu d'élection de la douleur hystérique; point d'attaques depuis quelques jours; constipation habituelle, urines normales; ventre non ballonné, non douloureux. Elle n'a point encore été traitée par l'électricité.

VIIe OBSERVATION.

Thérin, vingt et un ans, domestique, née et élevée à la campagne, occupée aux travaux des champs; mère légèrement hystérique, deux sœurs de bonne santé. Gaie, vive, très-impressionnable, sujette aux migraines et aux douleurs d'estomac; menstruée à dix-huit ans; menstrues faciles et régulières pendant un an; puis, au bout de ce temps, suppression brusque, à la suite d'une copieuse ingestion d'eau froide. La suppression a duré six mois, pendant lesquels se sont manifestés des phénomènes de chlorose; puis les règles ont reparu, et n'ont cessé qu'il y a trois mois. Elle est à Paris depuis dix-huit mois, s'y porte assez bien, quoique d'une santé très-délicate.

Elle est, nous dit-elle, tombée malade, il y a trois mois, et a eu une fièvre typhoïde; elle est sortie de l'hôpital, il y a quelques jours seulement, ennuyée du traitement et toujours souffrante.

Entrée à la Charité le 2 juin 1851, couchée salle Sainte-Marthe, n° 10. Femme grêle, décolorée, amaigrie, taille moyenne, cheveux châtains, intelligence ordinaire, céphalalgie frontale depuis trois mois, même dans le repos; point d'anesthésie à la face, ni au tronc, ni aux membres; sensibilité des organes des sens à l'état normal; contractilité musculaire intacte. Sentiment continuel de strangulation depuis quatre ans. Douleur épigastrique augmentée par la pression, la marche, et peu, par l'ingestion des aliments, datant de plusieurs mois. Douleur au rachis, entre les épaules, augmentée par la pression; douleur si vive de tout le ventre, qu'elle empêche la malade de se lever. La palpation ne fait rien sentir derrière les parois abdo-

minales; la douleur paraît siéger dans les muscles, surtout vers la fosse iliaque gauche; susurrus dans les vaisseaux du cou. Essoufflement et palpitations lors de la marche, surtout depuis deux ou trois ans. Pouls à 100. Leucorrhée depuis trois mois; constipation habituelle. Il y a six ans, elle éprouva pendant la nuit une vive frayeur, qui fut suivie d'une perte brusque de connaissance et de quelques mouvements convulsifs; ce fut là la première attaque de nerfs. Depuis, il n'y en a pas eu d'autres; mais la malade est restée sujette à de la strangulation, de l'oppression avec palpitations, suivie de pleurs et de sanglots; cela arrive à la moindre contrariété.

Depuis son séjour à l'hôpital, elle a été prise d'un léger rhumatisme articulaire aigu. Les parois de la poitrine ont été endolories; puis une vive douleur, avec gonflement et rougeur, est survenue dans le poignet gauche; puis les mêmes phénomènes ont apparu au genou gauche, enfin le poignet droit s'est pris à son tour.

On a voulu traiter le rhumatisme par le sulfate de quinine; mais la malade était mise par ce remède dans un tel état d'agitation, que l'on fut obligé de se borner aux adoucissants et aux opiacés.

Le rhumatisme s'est amélioré assez rapidement, et la malade est retombée dans son état hystérique ordinaire; le pouls reste toujours au moins à 100, et le ventre présente une sensibilité très-grande.

On administre le traitement ferrugineux uni aux opiacés et aux bains.

Le 19. Aujourd'hui on constate (sans que la malade ait eu de convulsions ni attaques hystériques avec perte de connaissance) que toute la moitié gauche de la face est anesthésiée, que la moitié gauche du tronc et les deux membres gauches sont complétement insensibles; que l'ouïe, le goût, l'odorat à gauche, sont notablement affaiblis; l'oreille gauche présente des bourdonnements continus.

Les membres gauches sont pris d'un peu d'affaiblissement musculaire, la malade traîne la jambe en marchant; ces phénomènes paraissent dater d'une quinzaine de jours, et avoir succédé à une céphalalgie très-forte. Douleur épigastrique, douleurs générales

dans le ventre; point de règles; beaucoup de leucorrhée. Pouls à 100.

VIIIe OBSERVATION.

Bue (Eugénie), vingt et un ans, née et élevée à la ville. Mère, de bonne santé, père, de santé inconnue. Elle a toujours été très-impressionnable, très-facile à émouvoir; caractère triste, constitution forte. Vers l'âge de quatorze ans, sa santé s'est dérangée, le ventre est devenu très-douloreux, des vomissements de sang sont survenus, la céphalalgie a augmenté, l'appétit s'est perdu, la région épigastrique est devenue douloureuse. A cette époque, elle n'était point encore réglée. Deux mois plus tard, elle éprouva, en descendant un escalier, une frayeur très-vive : à l'instant même, elle perdit connaissance, et eut sa première attaque hystérique convulsive. Dans le mois qui a suivi, cinq attaques semblables ont eu lieu; depuis, les attaques sont revenues cinq à six fois par an; maintenant, elles s'éloignent de plus en plus, et n'ont jamais lieu qu'à l'occasion d'une vive émotion.

Vers le mois d'octobre 1849, les douleurs de ventre, la céphalalgie, étant devenues insupportables, elle entra à l'hôpital Beaujon, où l'on s'aperçut qu'elle avait de l'anesthésie de tout le côté gauche du corps. Elle fut galvanisée, traitée par les ferrugineux, et sortit un mois après, en assez bon état. Apparition des menstrues à vingt ans; elles ont été difficiles, douloureuses, et se sont montrées régulièrement aux époques suivantes; leur dernière apparition a eu lieu, il y a huit jours, elles n'ont duré qu'une demi-journée.

Entrée à la Charité, le 21 mars 1851, salle Sainte-Marthe, n° 26. Femme forte, embonpoint assez notable, peau blanche, figure colorée, cheveux châtains, intelligence ordinaire; céphalalgie frontale et sincipitale pulsative, augmentée par la marche et les mouvements. Anesthésie presque complète de la joue gauche; anesthésie des muqueuses occulaire, nasale et buccale; diminution très-notable du

goût, de l'odorat, de l'ouïe du côté gauche, bourdonnements d'oreille. Anesthésie de la partie antérieure gauche du thorax, et de tout le membre supérieur gauche. Sensibilité obtuse du membre inférieur du même côté ; la malade sent à peine le toucher, mais perçoit les douleurs.

Faiblesse musculaire très-appréciable, et bien constatée dans le membre supérieur gauche; point d'affaiblissement du membre inférieur du même côté.

Strangulation habituelle, douleur épigastrique, aux fausses côtes gauches, au rachis, mais seulement dans la partie supérieure de la gouttière vertébrale.

Depuis une quinzaine de jours, il y a un tel affaiblissement des membres inférieurs, que la malade ne peut plus marcher; quelquefois elle se lève, mais elle est obligée d'avoir un soutien pour passer d'un lit à l'autre. L'appétit est devenu irrégulier, bizarre; elle se prend de goût pour les substances non alimentaires, tels que charbon, vinaigre, etc. Susurrus dans les vaisseaux du cou.

L'état dans lequel nous venons de voir la malade date d'une attaque convulsive qu'elle a eue à un bal de l'Opéra, il y a environ deux mois.

L'oreille a été galvanisée, l'ouïe est revenue. La narine gauche, le membre supérieur gauche, galvanisés à leur tour, ont repris de même leur sensibilité.

La cuisse gauche, qui n'a pas été galvanisée, est redevenue sensible; la malade peut marcher, quoique traînant encore un peu la jambe.

Le goût est revenu sous l'influence de la galvanisation.

Elle sort le 9 avril 1851.

Quelques jours après sa sortie, les malaises sont revenus, les règles ne s'étaient point montrées, et la malade a été obligée de revenir à l'hôpital.

Elle s'est présentée à peu près dans le même état qu'à l'époque de notre premier examen : les troubles des sens étaient un peu moindres, l'anesthésie du membre supérieur gauche plus considérable ;

mais moins d'affaiblissement musculaire du membre inférieur gauche.

IXe OBSERVATION.

Bigollet (Émilie), 23 ans, couturière, née et élevée à la ville. Mère, de santé inconnue, père bien portant, une sœur ayant des attaques d'hystérie, un frère épileptique. Éducation douce et convenable; elle a toujours été très-impressionnable, très-sujette aux douleurs d'estomac et du dos, habituellement triste, ayant peu d'appétit; menstruée à quinze ans, les règles sont venues deux à trois fois, puis suppression pendant sept à huit mois, puis retour régulier des menstrues jusqu'à cette époque. Quelque temps après ses premières règles, elle est appelée près de sa sœur, atteinte de maladie nerveuse; elle se fatigue, devient malade, et est prise d'une première attaque convulsive, avec perte de connaissance.

Pendant les cinq ou six mois qui suivirent, les attaques revinrent tous les deux ou trois jours; elles se sont éloignées, et maintenant elles ne viennent plus qu'une à deux fois par an, et toujours à la suite de quelque contrariété.

A l'époque de la première manifestation hystérique, la malade éprouva, pendant trois mois, une anesthésie et un affaiblissement notable de tout le côté gauche, accompagnés d'une douleur fixe dans le dos, pour laquelle on lui fit une application de moxas. Elle n'a pas cessé d'être dans un état de malaise général.

Entrée à la Charité le 6 mai 1851, salle Sainte-Marthe, n° 6. Femme de taille moyenne, maigre, tempérament lymphatique, peau blanche, cheveux châtains, figure assez rose, intelligence obtuse, diminution très-notable de la mémoire, céphalalgie frontale gravative habituelle, existant même dans le repos, battement dans la tête lors des mouvements.

Perte de la sensibilité du tact et de la sensibilité à la douleur, des muqueuses oculaire, nasale, buccale; affaiblissement notable de la

vue, perte complète de l'odorat et du goût. Tous ces phénomènes n'existent absolument que du côté gauche. Bourdonnements dans les deux oreilles, mais plus forts à gauche qu'à droite ; diminution très-notable de l'ouïe, à gauche seulement; sensibilité de la joue gauche un peu obtuse.

Diminution considérable de la sensibilité de tout le côté gauche du corps; les piqûres profondes, les pincements les plus forts, n'éveillent pas la moindre sensibilité. Sensation d'engourdissement dans les membres gauches, s'accompagnant d'un peu de faiblesse musculaire; la jambe traîne dans la marche. Douleurs épigastriques, dorsales, et aux fausses côtes gauches ; essoufflement et palpitations lors de la marche, susurrus dans les vaisseaux du cou, sensation d'aigreur à l'estomac pendant les digestions. Depuis deux mois, vomissements presque continuels des ingesta ; le vomissement a lieu une heure après le repas, les aliments sont peu modifiés. Constipation habituelle, cœur normal, pouls à 72 ; un peu de leucorrhée. Les menstrues ont eu lieu, il y a six jours, ont été accompagnées de beaucoup de coliques. Elle n'éprouve jamais d'émotions sans ressentir de l'oppression et de la strangulation.

Le 12 mai. On a galvanisé le membre supérieur gauche; depuis ce moment, qui date de deux jours, la sensibilité de cette partie est à peu près à l'état normal ; le membre inférieur, qui n'a pas été galvanisé, est devenu cependant plus sensible. — Tilleul orangé, sous-carbonate de fer 2 grammes, eau de chaux, magnésie calcinée 0,60, en deux prises.

Le 13. On a galvanisé successivement l'œil, l'oreille, la narine, la bouche à gauche; tous ces sens on repris leur sensibilité en une séance de galvanisation ; les bourdonnements d'oreilles, qui avaient disparu tout d'abord, sont revenus peu après; l'œil seul n'a été modifié en aucune façon.

La face a été galvanisée à droite, en raison de la névralgie qui existait de ce côté ; la névralgie a disparu au moment même, mais est revenue un quart d'heure après.

Le 2 juin. Beaucoup moins de céphalalgie, encore quelques vertiges lors de la marche, faiblesse de la mémoire; les sens sont à l'état normal, à l'exception de l'œil, qui conserve son insensibilité; encore un peu d'anesthésie des deux membres gauches, et un peu de faiblesse musculaire. Les menstrues ont eu lieu une fois pendant son séjour à l'hôpital. Plus de susurrus; essouflement lors de la marche; bon état général.

Sortant, le 21 juin 1851.

Xe OBSERVATION.

Dorchy (Virginie), trente et un ans, domestique, née et élevée à la campagne, occupée pendant sa jeunesse aux travaux des champs. Père bien portant, mère phthisique; deux sœurs toujours souffrantes, sans que la maladie puisse nous être connue.

Elle est malade depuis son enfance, quoique forte et bien développée; caractère très-violent, gaie, vive, assez impressionnable. Elle nous dit avoir eu des attaques convulsives, avec perte de connaissance, dès son enfance, pour la moindre contrariété.

Jusqu'à l'âge de quinze ans, les attaques revinrent toutes les semaines, la malade les attribue aux mauvais traitements qu'elle avait à subir; à quinze ans, les attaques cessèrent.

Menstruée à vingt ans, menstrues irrégulières. Elle était alors très-forte, très-sujette aux étourdissements.

A vingt-neuf ans, elle prit le choléra, et vit, à cette occasion, les attaques revenir.

L'attaque commençait par de l'oppression, compression à l'épigastre, puis strangulation suivie de convulsions avec perte de connaissance, pleurs et sanglots au réveil.

Mariée à vingt-six ans, elle eut deux grossesses, l'une à vingt-sept ans, l'autre à trente ans, suivies d'accouchements heureux, donnant naissance à des enfants bien portants. Depuis quatre à

cinq mois, elle éprouve de l'affaiblissement et de violentes douleurs de tête.

Entrée à la Charité, le 1er mai 1851, salle Ste-Marthe, n° 33. Femme de taille moyenne, forte, assez d'embonpoint; cheveux châtains, figure colorée, intelligence peu développée; céphalalgie pulsative et gravative siégeant au front et aux tempes, existant même dans le repos.

Légère anesthésie de la peau du côté gauche de la face, anesthésie complète des muqueuses oculaire, nasale, buccale, du côté gauche.

Diminution notable de la vue, perte de l'odorat, diminution considérable du goût, à gauche.

Bourdonnements dans l'oreille gauche, et un peu d'affaiblissement de l'ouïe de ce côté.

Point d'anesthésie du côté gauche du corps.

Point d'affaiblissement musculaire des membres gauches; un peu de strangulation, seulement à l'époque des règles.

Douleur vive à la région épigastrique, augmentée notablement par la pression.

Douleur au rachis et dans la portion de gouttière vertébrale gauche correspondante.

Douleurs à la région sus-fessière.

Appétit conservé ; digestions bonnes, faciles.

Constipation habituelle; léger susurrus dans les vaisseaux du cou ; un peu d'essoufflement et de palpitations lors de la marche, depuis six mois seulement ; cœur normal.

Les menstrues ont eu lieu, la dernière fois, régulièrement; elles n'ont coulé qu'un jour, mais sans douleurs.

Leucorrhée très-abondante, et telle qu'elle excorie la partie supérieure des cuisses.

Depuis deux ans, il n'y a point eu d'attaques hystériques convulsives ; seulement un peu d'oppression et de strangulation lors des contrariétés. — Centaurée, sous-carbonate de fer, 2 grammes ;

bordeaux, 200 grammes; julep gommeux, avec sirop de morphine, 15 grammes; bains, sinapismes; 2 portions.

Au bout de quelque temps de ce traitement, les douleurs ayant notablement diminué, la malade voulut sortir. Elle emporta avec elle les lésions de la sensibilité que nous avons indiquées, car elles étaient restées telles qu'au moment de son entrée.

Elle ne fut point galvanisée.

Sortant, le 30 mai 1851.

CONSIDÉRATIONS

SUR QUELQUES CAS

D'HÉMORRHAGIE TRAUMATIQUE

A LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA CUISSE,

ET

SUR UN MODE DE TRAITEMENT

QUI LEUR EST APPLICABLE.

L'accident le plus fréquent des plaies situées sur le trajet des artères est l'hémorrhagie.

Primitive ou consécutive, elle est toujours grave, puisqu'elle peut, par son abondance immédiate ou par sa réapparition subite, mettre promptement en danger les jours du malade. Tantôt l'artère ouverte est superficielle, facilement accessible; alors la ligature, dans la plaie, juge promptement l'écoulement du sang, et prévient son retour; tantôt, et ces cas heureusement sont rares, d'une large et profonde blessure, s'écoule en abondance du sang artériel ou artérioso-veineux, sans que l'œil puisse découvrir sa source, sans que la compression des vaisseaux supérieurement placés en diminue la quantité, sans que l'incision simple sur la plaie permette d'atteindre le vaisseau, et cependant il faut agir... Que faire?

C'est au milieu de circonstances semblables, c'est dans l'hésitation, dans les incertitudes de chirurgiens habiles, en présence de plaies de cette nature, que j'ai puisé l'idée de ce travail.

Les deux malades, dont les observations sont citées plus loin, portaient à la partie supérieure de la cuisse, sensiblement au même point, des blessures d'espèces différentes, l'une par arme à feu, l'autre par instrument tranchant, mais toutes deux compliquées d'hémorrhagies successives, abondantes.

Le premiér, frappé d'une balle aux journées de juin 1848, appartient au service de M. Gosselin, nommé chirurgien suppléant à l'hôpital Saint-Louis, où j'étais interne.

Le second malade, entré dans le service de M. Michon, à la Pitié, pour une blessure large et profonde située également à la racine de la cuisse, fut traité dans la salle qui m'était confiée.

Le cadre dans lequel se trouve renfermé mon sujet est donc par lui-même assez restreint, puisqu'il comprend seulement quelques-unes des plaies hémorrhagiques de la partie supérieure de la cuisse, laissant de côté les blessures de l'artère et de la veine fémorale, accidents plus fréquents que ceux dont nous venons de parler, mais dont la thérapeutique est mieux connue.

Dans les plaies des artères, la compression sur le vaisseau principal, faite au-dessus de la blessure, suspend l'hémorrhagie; telle est la règle générale, lorsque les anastomoses, peu nombreuses ou peu développées, ne font pas immédiatement refluer le sang par le bout inférieur.

La ligature, d'après la méthode d'Anel, est fondée sur ce principe.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : dans quelques cas, les anastomoses se font par des canaux tellement larges, qu'après la section du vaisseau, le sang coule avec autant d'abondance par l'un que par l'autre bout, à la différence près d'une impulsion un peu moins forte, quelquefois d'une légère modification dans la couleur. Dans ces cas, l'insuffisance de la ligature du bout supérieur est un fait depuis bien longtemps acquis à la science, et bien établi en chirurgie.

M. Malgaigne, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale,* s'exprime ainsi à ce sujet :

« Cette crainte du retour du sang par les anastomoses avait con-

duit à ce précepte général dans les plaies artérielles, de mettre à découvert l'artère dans le lieu même de la lésion, afin d'en lier les deux bouts à la fois. M. Nichet a fait voir que la simple ligature du bout supérieur, dite *méthode d'Anel,* réussissait bien dans la plupart des cas; mais il restait à expliquer les cas d'insuccès.

Or les causes des hémorrhagies sont ici de deux sortes, suivant qu'elles sont primitives ou consécutives.

Primitives, elles tiennent à ce que les anastomoses sont si larges, qu'il n'y a pas seulement communication, mais continuité réelle des artères, comme il arrive quelquefois pour la cubitale et la radiale à la paume de la main ; l'hémorrhagie continue alors malgré la ligature. C'est là une puissante contre-indication à la méthode d'Anel.

Consécutives, elles dépendent souvent de la même disposition anatomique, plus, certaines conditions sur lesquelles nous reviendrons dans le cours de ce travail.

Il est donc aujourd'hui bien établi dans la science, que la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie est souvent le meilleur, et quelquefois le seul moyen de se rendre maître de l'hémorrhagie.

Où puiser les indications nécessaires pour établir l'opportunité de faire la ligature sur l'un des bouts de l'artère seulement, ou sur les deux à la fois?... La disposition anatomique des vaisseaux, leurs anastomoses avec telles ou telles artères, sont les guides, les conseillers du chirurgien, en pareille circonstance.

L'anatomie nous montre, qu'en un grand nombre de régions, les anastomoses sont développées à tel point, que la circulation d'une artère devient immédiatement supplémentaire d'une autre, si une compression, une tumeur, un obstacle quelconque, s'opposent au cours du sang dans l'une d'elles.

Qu'une plaie soit faite sur un vaisseau de cette sorte, le phénomène de circulation dont nous parlons se traduira par un double jet de sang, chaque bout du vaisseau divisé donnant séparément passage au sang que lui envoie le tronc d'où il émane.

Les blessures si fréquentes de l'artère radiale, des arcades pal-

maires, celles des arcades plantaires, les plaies des lèvres, etc., nous mettent souvent à même de le vérifier.

Cette disposition vasculaire est utile à connaître dans chaque région du corps; sur elle repose le phénomène du rétablissement de la circulation, après les ligatures faites pour les anévrysmes, ainsi que l'explication de quelques-uns des accidents hémorrhagiques des plaies. Considérée à ce point de vue, elle appartient directement au sujet qui nous occupe; son étude, dans la région supérieure de la cuisse, nous expliquera seule les accidents graves survenus chez les malades dont les observations vont être rapportées; sur elle aussi sera basé le mode de traitement applicable en pareille circonstance.

Ainsi ce travail se composera de *deux parties*.

Première partie.

§ I. Exposé sommaire des anastomoses de la fémorale à sa partie supérieure.

§ II. Observations de plaies à la partie supérieure de la cuisse.

Seconde partie.

§ I. Considérations relatives à ces sortes de blessures.

§ II. Du mode de traitement que l'on peut employer pour se rendre maître de l'hémorrhagie; ses avantages, ses inconvenients.

PREMIÈRE PARTIE.

§ I. — Exposé sommaire des anastomoses de la fémorale à sa partie supérieure.

L'artère fémorale fait suite à l'artère iliaque externe ; elle commence au pubis et finit à l'anneau du troisième adducteur.

Dans tout ce trajet, elle est accompagnée par la veine fémorale, dont les rapports varient suivant qu'on la considère aux différents points de sa hauteur ; interne à l'artère en haut, elle la croise vers sa partie moyenne, pour lui devenir externe en bas. Nous laissons de côté tout ce qui a rapport à l'anatomie de ces gros vaisseaux, de même que nous avons exclu de notre sujet les considérations relatives à leurs blessures. Nous ne voulons nous occuper que des collatérales, au point de vue surtout de leurs anastomoses ; car c'est là la base de notre travail, c'est là le point capital du sujet que nous traitons.

La région supérieure de la cuisse présente à sa surface, comme dans sa profondeur, un nombre considérable de vaisseaux destinés à la double fonction de nutrition et d'union vasculaire.

Les artères de nutrition viennent toutes de la fémorale, les artères anastomotiques viennent de sources multiples ; parmi ces dernières, les unes appartiennent à la fémorale, les autres à l'iliaque interne, à la fémorale du côté opposé, à l'iliaque externe, et à la mammaire interne du même côté.

1° Les branches qui naissent de la fémorale se détachent de ce vaisseau à sa partie supérieure, c'est-à-dire dans l'espace de 1 à 5 centimètres, à partir du ligament de Fallope.

Ces branches sont, en comptant de haut en bas :

La sous-cutanée abdominale,

La honteuse externe superficielle,

La honteuse externe profonde,

La musculaire superficielle,

La musculaire profonde.

La *fémorale profonde;* cette dernière, la plus volumineuse de toutes, est aussi la plus importante par le nombre considérable de branches anastomotiques qu'elle fournit; elles sont :

La *circonflexe externe*, la *circonflexe interne*, les *perforantes*.

2° Les branches d'origine plus ou moins éloignée, qui viennent s'aboucher aux divisions de la fémorale, sont :

Des rameaux de la honteuse externe superficielle, de la honteuse externe profonde du côté opposé.

Quelques divisions de la mammaire interne, de la sacrée latérale.

Surtout les branches terminales de l'iliaque interne du même côté; celles-ci, remarquables par le nombre et le volume, appartiennent à l'*obturatrice*, à la *fessière*, à l'*ischiatique*, à la *honteuse interne*.

Nous ne croyons pouvoir mieux prouver la multiplicité des anastomoses qui se font entre ces artères, qu'en donnant, en quelques mots, le résultat des dissections de M. Casamayor sur le point d'anatomie qui nous occupe. M. Casamayor, dans un livre publié en 1825 (*Réflex. et observ. anatomico-chirurg. sur l'anévrysme spontané en gén. et celui de l'artère fémorale en part.*), a décrit toutes les branches anastomotiques que lui avait montrées l'anatomie normale. Il a compté vingt-quatre communications, la plupart même multiples, c'est-à-dire à l'aide de plusieurs canaux, entre l'artère fémorale à sa partie supérieure, et la mammaire interne, l'iliaque interne, la fessière du même côté et la fémorale du côté opposé.

Sir A. Cooper, ayant été à même de disséquer deux sujets qui avaient eu l'iliaque externe liée, et par conséquent d'étudier les voies nouvelles que suit le sang pour rétablir la circulation dans les membres inférieurs, a noté douze autres anastomoses, ce qui porte, jusqu'à présent, le total à trente-six; encore, dans ces deux derniers calculs, n'a-t-on compris que les anastomoses normales décrites par

les anatomistes. Le grand nombre de communications nouvelles trouvées par A. Cooper, après la ligature de l'iliaque externe, fait voir combien la nature est, dans ces cas, féconde en ressources.

M. Malgaigne fait suivre ces notions anatomiques des réflexions suivantes :

Ce tableau peut rassurer sans doute le chirurgien contre la crainte du sphacèle, quand il a à lier l'artère principale d'un membre; mais le danger n'est-il donc pas remplacé par un autre? et cette foule d'anastomoses ne rapporteront-elles pas trop de sang au bout inférieur pour pouvoir espérer la guérison soit d'un anévrysme, soit d'une plaie artérielle?...

Scarpa, dans son livre (*Réflex. et observ. anatomico-chirurg. sur l'anévrysme,* chap. 3, art. *Corollaires*), dit, en parlant des anastomoses de l'iliaque interne et de la fémorale : Les anastomoses que l'on découvre entre les deux artères circonflexes du fémur et l'iliaque interne, par le moyen de l'ischiatique, de la honteuse et de l'obturatrice, favorisent puissamment le cours du sang, et l'attirent, pour ainsi dire, de l'intérieur du bassin dans l'artère fémorale profonde. Toutes ces voies sont bien suffisantes pour que le sang passe de l'intérieur du bassin dans l'artère fémorale profonde, indépendamment de l'artère iliaque externe, oblitérée ou gênée, d'une manière quelconque.

Ainsi, le scalpel à la main. nous voyons deux artères volumineuses naître de la division de l'iliaque primitive : l'une, l'iliaque externe, destinée aux extrémités pelviennes, sous les noms de fémorale, poplitée, etc.; l'autre, l'iliaque interne ou hypogastrique, destinée au bassin et aux organes qu'il renferme.

Ces deux vaisseaux, séparés dès leur origine, ne restent point isolés l'un de l'autre dans toute l'étendue qu'ils parcourent ultérieurement; ils se joignent, en communiquant fréquemment entre eux, par leurs branches de terminaison et quelques-unes de leurs collatérales, de façon à établir un véritable cercle artériel dans l'épaisseur de la racine de la cuisse.

Qu'un obstacle arrête la circulation dans l'un d'eux, aussitôt le sang afflue en plus grande quantité dans l'autre, et, à la faveur des anastomoses, revient dans le premier; c'est là toute la théorie de la ligature de l'iliaque externe et des nombreux succès que compte cette opération. Supposons maintenant qu'une blessure détruise la continuité de ces anastomoses, et qu'une ou plusieurs d'entre elles soient ouvertes; nous voyons alors chacun des bouts du vaisseau divisé fournir un jet hémorrhagique sous l'impulsion du cœur, qui pousse également le sang vers l'une et l'autre extrémité des artères sur lesquelles a eu lieu la section.

Tout en insistant sur les anastomoses de la fémorale et de l'hypogastrique, n'oublions pas cependant de dire les voies de communication de la fémorale avec les autres vaisseaux dont nous parlions plus haut; elle s'anastomose avec :

1° La fémorale du côté opposé, par les honteuses externe, superficielle et profonde;

2° Avec la mammaire interne, par l'épigastrique, et, de cette façon, avec la sous-clavière;

3° Avec les sacrées latérales du même côté, par la circonflexe iliaque, et, de cette façon, avec l'aorte.

Nous ne faisons qu'indiquer ces dernières anastomoses, parce qu'elles n'ont avec notre sujet qu'un simple rapport de contiguïté; elles sont d'un grand intérêt dans la question des ligatures de l'iliaque externe, mais elles ne touchent que de loin aux blessures qui nous occupent.

A l'appui de cet exposé succinct des vaisseaux anastomotiques de la cuisse et de la double circulation dont ils jouissent, donnons les résultats pathologiques, pris au lit du malade.

§ II. — Observations de plaies a la partie supérieure de la cuisse.

Ire OBSERVATION.

Prin, garde mobile, 12e bataillon, 1re compagnie, âgé de vingt et un ans, blessé le 24 juin, à six heures du soir, faubourg du Temple, est apporté à l'hôpital Saint-Louis immédiatement après sa blessure.

La cuisse est traversée par une balle à sa partie supérieure ; l'ouverture d'entrée est à 7 centimètres au-dessous de l'arcade crurale, dans la région de l'artère fémorale, à 1 centimètre en dedans de ce vaisseau ; l'ouverture de sortie, en arrière et en dedans de la cuisse, au point presque diamétralement opposé. Le fémur est respecté : la balle est sortie en dedans de cet os.

La blessure n'offre rien de particulier (point d'hémorrhagie) jusqu'au 30 juin.

Le 30 juin, à six heures du soir, le sang coule en abondance par les deux plaies ; l'application de l'amadou et d'un bandage roulé suffit pour l'arrêter.

Le 1er juillet, le bandage est levé à l'heure de la visite ; aussitôt l'hémorrhagie reparaît plus abondante. Les deux ouvertures de la balle donnent du sang, surtout l'ouverture postérieure, par laquelle sort un jet de la grosseur d'une plume à écrire. La compression de la fémorale sur le corps du pubis diminue très-notablement le sang ; aussitôt la main levée, l'hémorrhagie reparaît. L'artère fémorale étant intacte, le sang devait venir ou de la fémorale profonde, ou d'une de ses branches de division.

M. Gosselin pratique une incision profonde à la partie postérieure de la cuisse, sur l'ouverture de sortie de la balle, dans l'espérance d'atteindre le vaisseau et d'en lier les deux bouts. L'incision, quoique large et profonde, ne permettait pas de voir le vaisseau ; il fallut y renoncer.

Le sang continuant à couler, restait un dernier moyen, la ligature de la fémorale.

Une nouvelle incision est pratiquée dans le triangle sous-inguinal. Au-dessous de l'aponévrose, l'artère est trouvée baignée dans le pus; la ligature est faite au-dessus de la fémorale profonde, mais presque immédiatement au-dessous du point d'origine des artères épigastrique et circonflexe.

Le malade va bien jusqu'au 5 juillet; il est tenu immobile; le membre, enveloppé dans des alèzes chaudes, ne s'est point refroidi; point de fourmillements. La fièvre est légère.

Le 5, à six heures du soir, se manifeste une nouvelle hémorrhagie; le sang reparaît par les deux ouvertures de la balle à la fois.

L'amadou, un bandage roulé, quelques compresses froides, suffisent encore pour l'arrêter. Cette hémorrhagie consécutive se fait en nappe, ou plutôt sans jet bien marqué; elle vient évidemment du bout inférieur, vers lequel le sang afflue par les anastomoses.

La ligature tient encore.

Le 7, à trois heures de l'après-midi, le malade se trouve tout à coup baigné dans son sang; un jet volumineux sort par la plaie de la ligature, vers l'angle inférieur. La ligature n'est cependant point encore tombée. Dans l'espace d'une minute, le malade devient pâle, a des lipothymies; le pouls faiblit. Aussitôt une nouvelle application d'amadou est faite sur la plaie même, sur le lieu d'où le sang s'écoule. L'agaric est superposé en pyramide; de telle sorte qu'un bandage appliqué sur la base comprime le sommet, qui correspond au point qui donne du sang. Les aines sont couvertes de compresses froides, ainsi que l'hypogastre.

L'hémorrhagie cède enfin à ces moyens, et le malade, reprenant ses sens, reprend aussi courage.

Le 10, dans la nuit, le sang s'écoule de nouveau par la plaie de la ligature. Le pansement est levé et appliqué *ut supra*.

Le 11, l'hémorrhagie se manifeste au moment de la première émotion, produite au malade par l'entrée du chirurgien dans la salle.

La plaie, mise à découvert, fournit un jet de sang volumineux ; la ligature se détache. Vainement on essaie la compression de la fémorale, au-dessous de la blessure; le doigt, enfoncé dans la plaie et comprimant le bout supérieur du vaisseau, diminue l'écoulement du sang. M. Gosselin put alors penser que l'hémorrhagie ne se faisait plus par le bout inférieur; mais que le caillot du bout supérieur, trop faible pour résister à l'impulsion du cœur, à cause du voisinage des artères épigastrique et circonflexe iliaque, avait été entraîné par l'ondée sanguine, et avait livré passage au sang.

Comme conséquence de cette idée, la ligature de l'iliaque externe était indiquée ; elle fut faite aussitôt sous l'influence du chloroforme. Le procédé opératoire employé fut celui d'Abernethy.

Le 12, à deux heures du matin, un peu de sang s'écoule par la plaie.

Le 13, deux nouvelles hémorrhagies se manifestent encore; elles sont presque aussitôt arrêtées. Mais l'état général était devenu mauvais; les pertes successives de sang, la fièvre continue, des sueurs abondantes, avaient jeté le malade dans une prostration profonde. Cependant le membre n'avait rien perdu de sa chaleur ni de sa vitalité.

Le 14, à sept heures et demie du matin, le malade meurt.

Autopsie. — L'autopsie nous montre que l'artère fémorale a été complétement respectée par la balle; que la première ligature a été appliquée au-dessus de l'origine de la fémorale profonde; qu'il n'y avait nulle part trace de caillot dans l'intérieur de l'artère fémorale profonde, déchirée par la balle à un centimètre environ de sa naissance.

L'espace compris entre les deux ligatures commençait à s'oblitérer, et le calibre de l'artère était notablement rétréci, depuis l'iliaque externe jusqu'à la fémorale.

Des deux artères fémorales, celle qui avait donné toutes les *hémorrhagies* était donc bien certainement la *profonde*.

IIe OBSERVATION.

Jamin, portefaix, âgé de vingt-huit ans, est entré le 26 mai 1850 au n° 6 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital de la Pitié, où j'étais interne.

La veille, à dix heures du soir, au milieu d'une rixe engagée entre plusieurs de ses camarades, il reçut, à la partie supéro-interne de la cuisse droite, une large blessure, produite par un coup de couteau, dit de *déchargeur*, instrument à lame très-large, très-épaisse, à pointe brusquement arrondie, long de 20 centimètres seulement. Aussitôt s'écoule une grande quantité de sang, qu'un bandage appliqué sur le lieu même de l'accident put à peu près arrêter, grâce à la compression produite par une pyramide de compresses, soutenue par une bande roulée méthodiquement autour de la cuisse.

Le 27, à l'heure de la visite, nous trouvons le malade dans l'état suivant :

La chemise, le pantalon, tachés de sang; le bandage traversé dans toute son épaisseur par du sang rutilant et vermeil. Le malade, fort et vigoureux, n'a que peu souffert de l'hémorrhagie dont il porte les traces ; sa figure est rouge, l'œil vif, le pouls résistant, l'énergie musculaire pleinement conservée ; probablement il garde encore de l'excitation produite par l'ivresse de la veille.

La cuisse, mise à découvert, présente à sa partie supérieure et interne une blessure à bords nettement tranchés, longue de dix centimètres, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, dont l'angle supérieur est distant de cinq centimètres du ligament de Poupart, et de un centimètre et demi environ du trajet de la fémorale, située en dehors. La plaie se dirige vers la partie interne de la cuisse, sous un angle d'environ 45 degrés ; elle donne écoulement à du sang vermeil, mêlé d'un peu de sang noir, mais sans jet, sans impulsion.

La compression faite sur la fémorale, à son passage sur le pubis,

n'a aucune influence sur le cours de l'hémorrhagie ; le doigt, introduit progressivement dans la plaie, s'y enfonce dans toute sa longueur, et c'est à peine si son extrémité peut atteindre le fond de la blessure.

La largeur de la plaie, dans toute la profondeur, est au moins égale à la largeur de l'ouverture; ses parois sont mâchées, déchiquetées, comme si l'instrument avait été retourné sur place.

Ces manœuvres ont pour résultat de détacher les caillots, de vider la plaie de tout le sang qu'elle contenait; l'hémorrhagie continue ni plus ni moins abondante.

L'examen que nous venons de faire de la plaie, son étendue, sa profondeur, sa position, la connaissance anatomique de la région qu'elle occupe, permettent d'arriver à la détermination des vaisseaux intéressés.

La fémorale est intacte, puisque ses battements se perçoivent au-dessus comme au-dessous de la blessure, et d'ailleurs l'abondance du sang n'est point en rapport avec le calibre de ce vaisseau ; la direction de la plaie n'est point celle de l'artère.

La fémorale profonde n'est point non plus divisée, autrement la compression au pli de l'aine aurait diminué, sinon complétement suspendu, l'hémorrhagie, comme nous l'avons vu dans l'observation précédente.

Le volume considérable, la position relativement peu profonde de ce vaisseau, l'impulsion énergique du sang qui le parcourt, trahiraient sa lésion par un jet volumineux, qui s'élancerait avec force d'une blessure aussi large. L'examen direct de la plaie, le décollement des caillots déjà formés, auraient été immédiatement suivis d'un écoulement de sang beaucoup plus abondant.

Restent donc les vaisseaux de troisième ordre, si nombreux dans cette région du corps; vaisseaux qui unissent la circulation de l'hypogastrique à celle de la fémorale. La plaie est donc située au milieu du cercle artériel formé par ces anastomoses et compliquée de la lésion de plusieurs d'entre elles.

Le sang coulait de la plaie en assez grande abondance pour amener la mort, si le malade avait été abandonné à lui-même; en trop petite quantité pour solliciter de suite un moyen extrême, tel que la ligature de l'iliaque primitive ou l'agrandissement de la plaie, pour faire la ligature sur place, d'après un procédé sur lequel nous reviendrons.

La sensibilité exagérée du malade, l'état d'exaltation dans lequel il était encore, son indocilité, l'espérance de se rendre maître de l'hémorrhagie, momentanément au moins, à l'aide de l'amadou et d'une compression suffisante, déterminèrent M. Michon à appliquer provisoirement le spica de l'aine. Une compresse graduée fut placée sur le trajet de la fémorale, pour la comprimer légèrement, et ralentir d'autant le passage du sang dans ce vaisseau.

Le résultat immédiat de ce pansement est assez satisfaisant, l'appareil est à peine taché de sang dans le courant de la journée ; de temps en temps, le bandage est humecté d'eau froide.

Le malade, couché sur le dos, les cuisses à demi relevées sur le bassin, est condamné à l'immobilité et à la diète la plus sévère.

La journée est bonne, se passe sans trop de douleur ; le soir, la bande, devenue trop serrée, est réappliquée.

Depuis ce moment, 26 mai jusqu'au 5 juin (c'est-à-dire l'espace de onze jours), le malade ne présente rien de particulier. L'hémorrhagie ne reparaît pas, pendant tout ce temps, d'une façon inquiétante, sans que cependant le suintement de sang eût cessé jamais d'avoir lieu. Chaque jour le pansement est taché de plaques rose vermeil, indice certain que les artères coulent encore.

Du troisième au quatrième jour, survint une fièvre assez légère, puis apparut la suppuration.

Les choses durèrent dans cet état jusqu'au onzième jour. Pour tout traitement, boissons rafraîchissantes, quelques potages, des soins de propreté, des pansements les plus rares possibles.

Le 5 juin. Dans la soirée, le sang s'écoula plus abondant que les

jours précédents ; il traversait le bandage et suintait goutte à goutte. L'amadou étendu sur la plaie, un bandage fortement serré, arrêtèrent cette fois encore l'hémorrhagie, et la nuit se passa sans nouvel accident.

Le 6. A l'heure de la visite, nous trouvons le malade dans le même état que la veille ; il n'a nullement souffert de l'écoulement du sang, qui, du reste, a été peu abondant.

Le bandage, tout imprégné de sang frais et vermeil, prouve que l'hémorrhagie a continué la nuit, malgré la compression fortement appliquée. L'appareil levé, le sang sort au moins aussi abondant qu'au jour du premier pansement ; il s'écoule sans jet ; il a la couleur franchement artérielle. La compression avec la main est de nouveau essayée sur la fémorale, mais sans plus de résultat qu'au premier jour. Plus de doute : les caillots formés dans la plaie se sont ramollis par l'effet de l'inflammation et du contact du pus ; l'occlusion des vaisseaux, au moyen de la compression immédiate qu'ils pouvaient exercer sur les parois de la plaie, ne doit plus être espérée. Le danger est pressant : les hémorrhagies vont se succéder de plus en plus fréquentes, et le malade être conduit à la mort, si le chirurgien ne prend une déterminaison directe et puissante. Reste donc une dernière ressource, c'est de découvrir les vaisseaux divisés, d'appliquer sur eux soit une ligature, soit une compression.

Porter l'instrument tranchant sur une plaie en suppuration ; mettre au contact du pus des surfaces fraîchemunt divisées, des vaisseaux béants, agrandir encore les désordres d'une blessure aussi étendue, diviser de nouveaux muscles : ce sont bien là de puissantes contre-indications ; mais, en pareilles circonstances, la nécessité fait loi.

Le 6. Le malade, porté à l'amphitéâtre, est couché sur le bord du lit, comme pour l'opération de la taille, et chloroformisé, M. Michon, placé entre les cuisses légèrement élevées, porte l'indicateur de la main gauche jusqu'au fond de la plaie, et dirigeant sur ce doigt un long couteau tranchant sur un seul bord, traverse d'un

seul coup les parties molles qui correspondent au sommet de la blessure, et vient sortir à la partie postéro-interne de la cuisse, puis, inclinant le tranchant en dedans et en bas, taille un vaste lambeau, comparable, dans de certaines limites, au lambeau du premier temps de la désarticulation de la cuisse.

La plaie, de cette façon mise à découvert, offre une surface moitié suppurante, moitié saignante, sans jets de sang volumineux, qui nécessitent de promptes ligatures. La surface suppurante est, dans toute son étendue, recouverte d'une membrane pyogénique dont l'organisation n'est point partout également avancée. Çà et là, mais surtout à la partie profonde, se trouvent des plaques de tissus mollasses, fongueux, mélange de lymphe plastique et de caillots d'où le sang s'écoule en nappe. Vers l'ischion, à 3 centimètres environ au-dessous de cet os, est une sorte de cavité digitale, véritable sinus, profondément logé dans les interstices musculaires probablement des adducteurs profonds, et dont le surface irrégulière, déchiquetée, donne du sang.

Le pansement est à dessein retardé pendant trois quarts d'heure environ, afin que la surface de la plaie reste plus longtemps au contact de l'air. Cinq ligatures sont appliquées sur des artères à la surface des lambeaux, puis le fer rouge porté sur les différents points que nous avons dit couverts de plaques mollasses de nature spongieuse. Bien que le sang eût complétement cessé de couler, M. Michon crut cependant nécessaire d'établir une compression directe à la surface des lambeaux, dans la crainte que l'action astrictive de l'air, de l'eau froide, du feu, venant bientôt à cesser, l'hémorrhagie reparût en quelques points : c'est pourquoi une large rondelle d'amadou fut enfoncée jusqu'au plus profond de la plaie, et appliquée sur chacune des faces des lambeaux; puis le sinus qu'elle formait ainsi est rempli de charpie; par-dessus tout, un linge troué, puis une bande roulée en spica. Le malade, rapporté dans son lit, fut de nouveau condamné à l'immobilité et tenu les cuisses constamment rapprochées.

Quels nouveaux désordres la plaie que nous venons de faire avait-elle ajoutés à ceux qui existaient déjà ?

La plaie faite par le couteau du chirurgien était moins étendue que celle que portait déjà le malade. Il ne restait au fond de la blessure qu'une épaisseur d'un centimètre et demi de parties molles, pour achever de traverser la cuisse. L'incision qui venait d'être pratiquée avec le couteau était longue, mais n'intéressait que peu de parties importantes.

Elle avait divisé les fibres les plus internes du droit interne, quelques-unes de celles des adducteurs, surtout de l'adducteur profond, une grande épaisseur de cellulo-adipeux sous-cutané, enfin la peau.

Toutes les autres lésions étaient donc produites par la blessure ; elles étaient : section presque complète du droit interne, division des adducteurs dans une grande partie de leur étendue, déchirure incomplète du demi-membraneux, à 2 centimètres au-dessous de son insertion à l'ischion.

Ce n'est point ici le lieu de discuter l'opportunité de cette opération, de mettre en regard ses indications ; ces considérations conviennent à la deuxième partie de ce travail.

La journée de l'opération se passa bonne, le malade souffrit peu ; le sang ne tacha le pansement en aucun point.

Le soir, survint une fièvre traumatique assez modérée, ce qui n'empêcha pas d'accorder un bouillon et de la tisane vineuse.

Le 7 juin. Même état local, même état général.

Le pansement ne porte aucune tache de sang.

Le 8 et 9. Le malade n'a rien de nouveau.

Il n'y a pas nécessité de renouveler l'appareil.

Le 10. Aujourd'hui, quatre-vingt-seize heures après l'opération, le malade fut pour la première fois pansé. Il ne s'était pas écoulé de sang ; une suppuration abondante et de bonne nature s'étendait à toute la surface de la plaie. Un léger gonflement était survenu dans le lambeau, mais sans rougeur, sans tension douloureuse. L'écartement qui s'était manifesté entre les lèvres, aussitôt après l'opération,

s'était accru du double, surtout vers la partie postérieure de la plaie.

La charpie, l'amadou interposé aux lambeaux, furent enlevés, les lèvres rapprochées légèrement avec une bandelette de diachylon, et un pansement simple appliqué sur la plaie. Le malade reçut la recommandation pressante de tenir ses cuisses rapprochées et immobiles, et pour lui en faciliter l'exécution, elles furent attachées ensemble.

Le 11. L'état général se montrant aussi satisfaisant que l'état de la plaie, M. Michon accorde une portion. Le malade n'a que très-peu de fièvre, il n'éprouve ni malaise ni douleurs; le pansement est renouvelé, les linges sont tachés par une sérosité sanguinolente, comme il arrive dans les jours qui suivent les amputations. Le pus que sécrète la plaie est abondant, sans hémorrhagie; le gonflement du lambeau supérieur est plus considérable, ses bords se sont relevés, sa circonférence n'est plus en rapport avec la plaie de la cuisse.

Pour s'opposer à cet inconvénient, plusieurs compresses épaisses sont appliquées à la partie supérieure de la cuisse, pour refouler la lèvre inférieure de la plaie, vers le lambeau supérieur, porté lui-même en bas par un bandage roulé.

Le malade continue à manger une portion.

Le 13. Le lambeau supérieur se relevant presque à angle droit, on est obligé d'établir une compression sur la base, afin de l'abaisser.

Le 16. Les deux lèvres se sont tellement rapprochées qu'elles sont presqu'au contact l'une de l'autre, dans leurs trois quarts antérieurs; le quart postérieur, qui comprend la plupart des muscles coupés, offre encore un écartement d'environ 6 centimètres.

Le malade est mis à deux portions.

Le 21. L'écartement restant toujours de 6 centimètres à la partie postérieure, et cela malgré la compression et le bandage roulé appliqués chaque jour, M. Michon pratiqua en ce point une suture enchevillée, passée à une grande profondeur, et serrant les deux anses

du fil sur deux épais rouleaux de linge, rapprocha les lèvres dans toute leur épaisseur.

Le 24. La suture resta trois jours; au moment où elle fut levée, l'écartement n'était plus que de 2 centimères et demi, et la surface de la plaie, venue presqu'à la hauteur de la peau, promettait une prochaine guérison.

Le 3 juillet. Tout va pour le mieux; seulement, à la partie antérieure de la plaie, en un point peu étendu, le bord de la lèvre supérieure, légèrement retourné en dedans, est en contact, par sa surface cutanée, avec la lèvre inférieure de la blessure. La compression n'étant pas suffisante pour ramener et maintenir les parties dans une position convenable, de manière à juxtaposer les surfaces similaires, une nouvelle suture enchevillée fut faite en cet endroit. Cette suture, laissée plusieurs jours en place, n'eut pas tout le résultat qu'on en devait espérer, et la lèvre supérieure de la plaie resta repliée en dedans, comme il arrive souvent dans les plaies du scrotum, après l'ablation du testicule. Cette disposition semble due à la traction en dedans produite par le tissu cicatriciel, car la plaie fraîche, qui comprenait environ le tiers interne du diamètre transversal de la cuisse, aujourd'hui ne semble plus intéresser que le sixième interne de ce même diamètre.

Le 30. Le malade, toute la journée levé, se promène dans la cour, mange trois portions, est gros, frais, plein de santé, demande à sortir dans la huitaine; il aurait depuis longtemps déjà quitté l'hôpital, sans le léger obstacle à la cicatrisation dont nous parlions tout à l'heure.

SECONDE PARTIE.

§ I. — Considérations relatives a ces sortes de blessures.

A la lecture des observations que nous venons de rapporter, ce qui tout d'abord fixe l'attention, c'est la répétition incessante des hémorrhagies d'une part, d'autre part l'inefficacité des moyens ordinaires employés pour les arrêter.

Chez le malade qui fait le sujet de l'observation 1, l'hémorrhagie se manifesta très-tardivement; elle apparut, pour la première fois, cinq jours seulement après la blessure, quoique l'artère blessée fût volumineuse.

Parmi les chirurgiens qui ont écrit sur les plaies d'armes à feu, Dupuytren, MM. Jobert, Baudens, etc., donnent l'explication de ce fait. Sanson (dans sa thèse inaugurale, concours 1836) résume les opinions qui, à ce sujet, ont cours dans la science, et dit :

« Il est vrai que l'on voit moins souvent, à la suite des piqûres, des incisions, des plaies contuses ordinaires, qu'à la suite des plaies d'armes à feu, les hémorrhagies se suspendre d'elles-mêmes, parce que les capillaires, violemment froissés, se crispent et cessent de couler, parce que les artères dilacérées présentent au sang des ouvertures mâchées, à bords ou à surfaces inégales, bien propres à entraver sa marche et à favoriser la formation des caillots. Mais souvent cette suspension n'est que temporaire, et au moment où l'élimination inflammatoire sépare les eschares, l'hémorrhagie reparaît ou apparaît pour la première fois. Guthrie fait remarquer, avec beaucoup de justesse, que, de tous les genres de plaies, celles qui résultent d'un coup de feu sont plus sujettes à produire des hémorrhagies consécutives. »

Ainsi, chez notre premier malade, l'hémorrhagie n'apparut que

consécutivement à l'élimination de l'eschare formée dans tout le trajet parcouru par la balle.

Le deuxième malade perdit une grande quantité de sang immédiatement après sa blessure, et bientôt l'hémorrhagie céda momentanément à l'application de l'amadou et d'une compression sur la plaie. Qu'arrive-t-il quand un bandage compressif est appliqué sur une plaie profonde, dans laquelle sont ouverts des vaisseaux de deuxième et troisième ordre, trop petits pour produire une hémorrhagie foudroyante? Le sang qui s'écoulait librement de l'orifice béant des artères divisées trouve un obstacle à sa sortie; la compression faite à la surface de la plaie s'oppose à son écoulement au dehors. Forcé de s'accumuler dans l'intérieur de la blessure, il ne tarde pas à se prendre en caillots assez solides pour jouer le rôle de compresseur et suspendre l'hémorrhagie.

Telle est l'explication rationnelle du fait que nous essayons d'analyser. L'arrêt de l'écoulement du sang, obtenu de cette façon, peut-il être définitif, ou doit-il être considéré seulement comme provisoire? Le tableau des phénomènes qui se passent à chacun des bouts de section du vaisseau, tels qu'ils sont aujourd'hui généralement admis, va singulièrement nous aider à la solution de cette question, et nous conduire à quelques considérations sur les hémorrhagies consécutives, leurs causes, leur mode de production.

Que se passe-t-il dans le bout supérieur?

Au moment de sa division, l'artère tend à se rétracter dans sa gaîne; bientôt cette rétraction s'opère lorsque s'est ralentie la force d'impulsion du sang, et alors se forme un caillot dans la portion de la gaîne mesurée par le retrait du vaisseau. Ce caillot, appelé par Jones *caillot extérieur, couvercle,* par Petit, se prolonge quelquefois entre l'artère et sa gaîne, en remontant du côté du cœur, et peut même remonter entre les muscles voisins, dans les espaces celluleux qui les unissent.

Pendant que ces phénomènes ont lieu à l'extérieur du vaisseau, il se forme aussi dans sa cavité un autre caillot mince, conique, que

Jones appelle *caillot intérieur*, et Petit, *bouchon*. Ce caillot, d'après les belles recherches de mon ami le docteur Notta, a toujours pour limite l'origine de la première collatérale, située au-dessus du point de section de l'artère divisée.

Enfin l'artère éprouve tout à fait à son extrémité une *contraction* qui resserre son calibre.

Dans une période suivante, s'établit un travail dont le résultat définitif doit être l'oblitération du vaisseau ; les bords de la division éprouvent l'inflammation traumatique, ils versent une matière organisable qui s'interpose aux caillots intérieur et extérieur, et qu adhère fortement à l'orifice de l'artère ; cette matière s'épanche aussi entre le vaisseau et sa gaîne, et quelquefois dans le tissu cellulaire voisin.

Toutes ces parties constituent alors une masse indurée, blanchâtre, friable, dans laquelle vient se perdre le bout de l'artère en se confondant avec elle.

Dans une période plus avancée, il y a résorption du caillot intérieur aussi bien que de l'extérieur, et l'artère, continuant à se contracter, se convertit en un cordon d'apparence ligamenteuse ; enfin l'absorption de la matière organisable rend au tissu cellulaire sa souplesse, sa perméabilité.

Que se passe-t-il dans le bout inférieur ?

Lorsque l'artère divisée a de larges anastomoses avec d'autres vaisseaux par son extrémité périphérique, le sang s'échappe avec une certaine impétuosité par le bout opposé au cœur, en sorte qu'il y a alors deux jets distincts de sang artériel. Si l'artère n'est pas dans les conditions précédentes relativement aux anastomoses, une hémorrhagie pourra cependant encore survenir par le bout inférieur, surtout si l'écoulement du sang a été arrêté dans le bout qui tient au cœur ; mais l'écoulement se fera d'une manière uniforme, non saccadée, et, chose remarquable, le liquide n'aura pas toujours alors toutes les qualités du sang artériel.

Dans les premières heures qui suivent l'accident, le sang revient en effet au bout inférieur, après avoir traversé des anastomoses presque capillaires, dans lesquelles il a perdu ses qualités artérielles. Ces faits, annoncés par Hunter, ont été observés de nouveau par Guthrie, entre autres dans un cas de blessure de la fémorale; du reste, les phénomènes ultérieurs ne diffèrent pas beaucoup de ceux que nous venons d'exposer pour le bout supérieur.

Mais Guthrie soutient que le bout inférieur est plus exposé aux hémorrhagies consécutives, ce qu'il explique en disant que la contraction de cette partie de l'artère est moindre, que sa durée est plus courte, que la matière couenneuse bouche moins complétement l'orifice du vaisseau, et s'en détache avec plus de facilité; ce qu'il a plusieurs fois constaté sur des sujets qui avaient succombé à des hémorrhagies par le bout inférieur.

L'exposé classique que nous venons de donner du mode de cicatrisation des artères se résume donc en ces quelques mots : rétraction, contraction, formation d'un caillot externe, d'un caillot interne, épanchement de lymphe plastique. La manifestation régulière de chacun de ces phénomènes a pour résultat l'oblitération définitive du vaisseau, un obstacle à leur développement conduit aux hémorrhagies consécutives; or les plaies dont nous traitons présentent des conditions favorables à ces accidents secondaires. En effet, l'oblitération a besoin de se faire aussi solide, aussi durable, à chacune des extrémités de l'artère divisée, puisque, soumises l'une et l'autre aux mêmes lois circulatoires, elles reçoivent du sang en égale quantité sous l'influence directe des pulsations du cœur.

C'est ici que l'opinion de Guthrie se présente avec une grande valeur. Il dit avoir souvent observé que la contraction du bout inférieur est moindre, que sa durée est plus courte, que la matière couenneuse bouche moins complétement l'orifice du vaisseau, et se détache avec plus de facilité. Si donc le malade échappe aux dangers de l'hémorrhagie consécutive par le bout supérieur, resteront les dangers bien plus probables de l'hémorrhagie du bout inférieur.

La contractilité moins forte de cette extrémité du vaisseau, sa durée plus courte, l'épanchement moins considérable de matière couenneuse, son peu d'adhérence, ne pourraient-ils pas dépendre de la section des nerfs qui, situés dans l'intérieur de la gaine artérielle, marchent des gros troncs vers leurs branches, se distribuant aux parois des vaisseaux? Les propriétés des tissus, altérées par la coupure des nerfs, se traduisant par contractilité moindre, disposition inflammatoire moins franche dans sa nature.

Arrivons maintenant aux hémorrhagies consécutives. Cet accident est certes un des points les plus importants à traiter dans ce travail, et par sa répétition chez les malades dont nous avons relaté les observations, et par ses dangers dans les plaies que nous étudions.

Dans un mémoire de Scarpa (Pourquoi la ligature temporaire de l'artère principale d'un membre, pratiquée pour la cure d'un anévrysme, a-t-elle été considérée quelquefois comme insuffisante pour déterminer l'oblitération définitive du vaisseau?), nous trouvons quelques considérations qni se rattachent à notre sujet. En effet les phénomènes de récurrence du sang par les anastomoses, après les ligatures, ne sont-ils pas les mêmes dans les hémorrhagies par le bout inférieur? Nous allons sommairement les analyser avec Scarpa; leur étude aura l'avantage de montrer toute l'insuffisance de la ligature, d'après la méthode d'Anel, comme traitement des plaies dont nous parlons, et de préparer sa condamnation dans le paragraphe suivant.

« Il est certain, écrit M. Malgaigne, que le lendemain même d'une ligature, ou les jours suivants, on voit fréquemment des battements reparaître dans une tumeur anévrysmale; mais, pourvu que le tronc ait été oblitéré, ces battements n'accroissent pas le volume de la tumeur, qui diminue au contraire d'une manière progressive. Scarpa en donne la raison: c'est que le sang ne pénètre alors qu'en moindre quantité dans le sac anévrysmal, et qu'il n'a pas la force d'impulsion nécessaire pour le distendre; en sorte que la lenteur de son

cours favorise la déposition, à l'intérieur du sac, de couches fibrineuses qui remplissent peu à peu sa cavité et l'oblitèrent. »

Ce résultat heureux, obtenu sur les anévrysmes, par la ligature appliquée d'après la méthode d'Anel, peut-il être espéré dans les plaies de la nature de celles qui nous occupent?

La réponse se déduit rigoureusement de ce que nous venons d'écrire.

La ligature a pour résultat d'intercepter le passage du sang dans l'artère, de rompre l'ondée sanguine, de suspendre l'expansion du vaisseau, circonstances heureuses qui suppriment d'un seul coup l'afflux direct du sang dans la tumeur, et suspendent ses battements; le lendemain, ou quelques jours après, les battements reparaissent, le sang a repris son cours par les anastomoses; le temps qu'il met à revenir, l'abondance avec laquelle il revient, dépendent du nombre, de la largeur des voies anastomotiques qui lui livrent passage. Il résulte de là que la ligature n'a produit que la moitié de l'effet que l'on voulait obtenir: diminution dans la quantité du sang, diminution de sa force d'impulsion; reste donc encore l'analyse des phénomènes secondaires qui plus tard doivent amener la guérison définitive. Scarpa l'attribue à la lenteur de la circulation dans l'anévrysme, et conséquemment à la formation des couches fibrineuses qui remplissent peu à peu sa cavité et l'oblitèrent. Pareil résultat peut-il être espéré dans nos plaies artificielles?

Évidemment non! L'anévrysme devient peu à peu impénétrable au sang, par la compression et l'obstacle que forme le coagulum, qui chaque jour va grossissant de volume; tandis que la plaie offre des artères béantes, par lesquelles le sang s'écoule à mesure qu'il arrive. Ainsi, pendant les premiers jours, l'hémorrhagie peut s'arrêter, grâce à la compression qu'exerceront sur les vaisseaux divisés les caillots formés dans la blessure. Mais, du troisième au quatrième ou cinquième jour, survient l'inflammation; le pus que sécrètent les parois de la plaie baigne les caillots, les ramollit, les détache des surfaces auxquelles ils étaient adhérents, et le vaisseau

qui n'est point encore oblitéré, perdant son compresseur, recommence à couler.

Lorsque la sécrétion purulente est bien établie dans la plaie, les caillots auront encore beaucoup plus de peine à se former ; le pus, les entraînant chaque jour avec lui, laissera un libre cours à l'hémorrhagie.

M. Malgaigne, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, dit au sujet des hémorrhagies consécutives :

« Quand la plaie date d'un certain temps, la ligature du bout supérieur n'est plus suffisante, et j'ai trouvé que presque toujours l'hémorrhagie reparaît ; la théorie est facile à donner.

« Vous avez une plaie douloureuse qui suppure, qui verse du sang, c'est au centre de fluxion, vers lequel le sang afflue de tous côtés, *ubi stimulus ibi affluxus*, et ce travail de fluxion favorise merveilleusement la dilatation des collatérales; ajoutez à cela que la plaie déjà vieille résiste davantage à la cicatrisation, et la membrane pyogénique qui la tapisse empêche le sang de s'infiltrer dans les tissus, et d'y produire une compression. »

L'expérience nous apprend en effet, et l'observation de notre premier malade en est la preuve, que l'hémorrhagie tend à se répéter d'autant plus, qu'elle a été plus abondante, ou qu'elle est déjà revenue plus de fois. Qu'importe la cause? que cela dépende soit de la diminution de plus en plus grande de la plasticité du sang, soit d'une habitude hémorrhagique que prennent les vaisseaux, soit de la réunion de ces deux phénomènes; le danger n'en est pas moins grand, la vie du malade n'en demande pas moins un prompt et énergique secours.

§ II. — Du mode de traitement que l'on peut employer pour se rendre maitre de l'hémorrhagie ; ses avantages, ses inconvénients.

Dans les blessures que nous venons de décrire, il est toujours

prudent d'essayer d'abord une compression sur la plaie, à moins que l'abondance de l'hémorrhagie ne fasse supposer la lésion de la fémorale profonde, et expose le malade à un danger imminent. Peut-être, même dans ce cas, la compression serait encore utile, et suffirait pour arrêter momentanément le sang; notre premier malade en fournit un exemple. Quoiqu'il en soit, le chirurgien doit se tenir sur ses gardes, et s'attendre à voir le sang reparaître. Ses craintes sont, il me semble, bien justifiées, par la récurrence si facile du sang, de l'une à l'autre des branches anastomotiques, du cercle artériel de la fémorale et de l'hypogastrique, ainsi que nous l'avons montré dans la première partie de ce travail.

Convaincu par la répétition des hémorrhagies, et par leur succession de plus en plus fréquente, de l'ineffacité de la compression, et du vain espoir de l'oblitération spontanée des artères, il est conduit directement à la nécessité d'agir sur les extrémités des vaisseaux divisés. L'incision linéaire n'est point applicable, comme nous l'avons déjà dit, à cause de la profondeur de la plaie, à cause du nombre plus ou moins considérable des artères divisées, de la disposition anatomique si peu constante des vaisseaux que l'on veut lier.

Guthrie, dans son livre (*des Maladies et des blessures des artères, et des opérations chirurgicales qu'elles réclament*), reproche au chirurgien de redouter trop la section d'un muscle, si besoin s'en présente, pour faire la ligature des vaisseaux dans une plaie. Le même auteur (dans le chapitre intitulé *Conclusions sur les opérations que l'on pratique sur les artères blessées*, édition anglaise, p. 335) dit « que si les fibres musculaires recouvrent l'artère, et ne peuvent être déjetées, de façon à découvrir le vaisseau ainsi que les veines et les nerfs qui l'accompagnent, elles doivent être divisées. »

M. Laugier, convaincu de la sagesse du conseil du chirurgien anglais, dit (tome 13 du *Répertoire des sciences médicales*, article *Fémorale*): «Si la plaie existait au milieu de la cuisse, j'aimerais encore mieux, s'il le fallait, couper le muscle couturier en travers,

que de me borner à une ligature dans l'espace inguinal; car M. Guthrie a vu trop souvent l'hémorrhagie continuer par le bout inférieur, pour qu'on ne doive pas, même au prix de quelques difficultés, placer un fil de ce côté. »

L'idée du mode d'opération que nous allons indiquer est tracé dans les quelques lignes du chirurgien anglais que nous venons de citer. Voyons son application :

Nous commençons par établir, qu'il n'est pas possible de fonder un procédé opératoire, fixe, invariable, comme on le fait pour la ligature d'une artère, dont la position est connue d'avance, les rapports constants. Les plaies qui nous occupent, variables par leur étendue, leur profondeur, leur position; compliquées d'accidents hémorrhagiques plus ou moins pressants, suivant le nombre et le volume des vaisseaux intéressés, ont toutes pour caractère commun la lésion du cercle artériel fémoro-hypogastrique.

Soumises, pour cette raison, aux mêmes lois de circulation; exposées par conséquent aux mêmes dangers d'hémorrhagie, elles exigent un mode de traitement qui sera identique pour chacune d'elle : *c'est de mettre à découvert les vaisseaux divisés, pour appliquer une ligature sur l'une et l'autre de leurs extrémités*, sauf maintenant les modifications que devra subir le procédé opératoire, suivant les conditions de la blessure :

1° Si la blessure a intéressé la fémorale, dans un des points compris depuis son origine jusqu'à la naissance de la profonde, la ligature immédiate des deux bouts de l'artère dans la plaie est indiquée et rendue facile, par la position superficielle du vaisseau en ce point, par sa direction, ses rapports si bien connus.

2° Si l'artère fémorale profonde est ouverte, ainsi que nous l'a présenté le malade qui fait le sujet de l'observ. 1, il faut encore lier dans la plaie; l'agrandir de façon à atteindre le vaisseau, et porter le fil sur chacune de ses extrémités.

Ce précepte est la conséquence rigoureuse des résultats peu satis-

faisants, obtenus sur notre premier malade, opéré d'après la méthode d'Anel.

M. Roux, au dire de Sanson, pratiqua la ligature des deux bouts de la fémorale profonde, pour une plaie de ce vaisseau, et obtint un résultat heureux. Cette opération, malgré les difficultés qui l'accompagnent, est la meilleure et la seule rationnelle.

3° Si les branches de division de la fémorale profonde sont ouvertes, dans leur continuité avec les branches anastomotiques venues du bassin, il faut encore pratiquer la ligature; mais ici l'incision simple sur la plaie, qui a pour but son agrandissement, n'est plus suffisante, nous l'avons déjà dit.

La ligature des gros vaisseaux peut-elle être appliquée? Voyons les indications:

La compression sur la fémorala n'a aucune influence sur l'hémorrhagie, ou sinon qu'une influence presque insensible; car le sang, grâce aux nombreuses voies anastomotiques qui lui sont ouvertes, s'écoule plus abondant par le bout inférieur.

Les observations précédentes nous ont bien prouvé cette disposition. Par conséquent, exclusion rgoureuse de la ligature soit de la fémorale, soit de l'iliaque externe.

La ligature de l'hypogastrique, plus irrationnelle encore que la précédente, n'a même pas besoin d'être indiquée ici.

Reste alors l'iliaque primitive, dont la ligature est la seule qui puisse atteindre la source de l'hémorrhagie, en interceptant le passage du sang, par l'une et l'autre des artères précédentes. Or la ligature de ce vaisseau, pratiquée deux fois seulement jusqu'à ce jour; une fois, par M. Mott, de New-York, en 1827; une autre fois, par M. Crampton, de Dublin, en 1828, semble indiquée dans les livres de médecine opératoire, plutôt comme document scientifique, que comme opération sanctionnée par une bonne et saine chirurgie.

Les chirurgiens français n'ont point encore été jaloux de la pra-

tiquer, malgré le résultat heureux obtenu par M. Mott, tous s'accordant généralement à regarder cette opération, j'oserais dire, comme fatalement mortelle.

Forcé de renoncer successivement à la ligature de la fémorale, de l'iliaque externe, de l'hypogastrique, de l'iliaque primitive, il nous reste alors, comme dernière ressource, celle des vaisseaux dans la plaie. Comment y arriver ?

Les variétés de formes, que peuvent affecter les blessures compliquées d'hémorrhagie à la partie supéro-interne de la cuisse, nous forcent à prendre un exemple, pour bien établir l'opération que je veux indiquer. Nous ne croyons pouvoir mieux faire, qu'en choisissant la plaie du malade qui fait le sujet de la deuxième observation.

La plaie était longue de 10 centimètres, s'étendait en profondeur au moins aux trois quarts du diamètre antéro-postérieur de la cuisse, les muscles situés dans son trajet étaient, les uns coupés complétement, les autres plus ou moins lacérés.

Un long couteau, conduit au fond de la plaie, acheva dans un premier temps de traverser la cuisse; puis le chirurgien dirigeant, en bas et en dedans, le tranchant de l'instrument, tailla un vaste lambeau, dont la base se trouvait formée par la blessure elle-même, et le sommet par la division des parties molles, situées en dedans et en avant du couteau. L'opération ainsi faite offre deux larges surfaces sur lesquelles se présentent à découvert tous les vaisseaux qui donnent du sang; rien alors de plus facile que d'agir sur eux, soit par la ligature, la cautérisation ou la torsion.

Il arrive souvent, qu'au premier moment, il est difficile de découvrir la source de l'hémorrhagie. Ce fait a été indiqué dans les plaies artérielles. Le malade de M. Michon en offre un exemple; ce phénomène s'explique très-bien par l'émotion et la douleur de l'opération, le contact subit de l'air, de l'eau froide, avec la surface saignante, l'état de phlogose de la plaie, si l'on opère après la supuration établie.

En résumé, l'idée générale est, je le répète, de ne point reculer devant la section d'un ou plusieurs muscles, lorsque les artères divisées, les hémorrhagies fréquentes, commandent la ligature des deux bouts dans la plaie.

Quels sont les avantages?

Quels sont les inconvénients de cette méthode?

1° Elle a pour avantages :

De découvrir d'un seul coup la source de l'hémorrhagie, d'atteindre facilement les vaisseaux divisés, et de permettre l'application, soit de la ligature, soit de la cautérisation sur les surfaces qui donnent du sang.

Elle transforme en une plaie simple, une blessure large et profonde, dans laquelle se fera une suppuration abondante.

Elle prévient le croupissement du pus, et les dangers qui en sont la conséquence, décollements, fusées purulentes, contre-ouvertures plus ou moins nombreuses, l'épuisement qui succède aux suppurations prolongées.

Le lambeau ainsi disposé offre une surface régulière, dont l'application directe sur la surface correspondante pourra se faire sans difficultés.

Dans le cas où quelque hémorrhagie nouvelle viendrait à paraître, le chirurgien, découvrant la plaie, pourra aussitôt arrêter le cours du sang, et épargner au malade l'affaiblissement et les dangers qui en seraient la conséquence.

Comme le dernier et le plus grand de ses avantages, elle est la seule planche de salut, qui reste encore au malade, voué à une mort certaine, le seul traitement rationnel, qui puisse satisfaire à la conscience et aux devoirs du chirurgien.

Au nombre de ses inconvénients, s'élève une puissante accusation, celle de la paralysie des muscles compris dans le lambeau, de la faiblesse consécutive du membre après l'opération.

M. Malgaigne, dans son traité d'anatomie chirurgicale, nous offre quelques expériences et considérations sur le point d'immersion des

nerfs dans les muscles, bien propres à réfuter l'accusation de paralysie. A la discussion de cette question, nous rattacherons celle de la rétractilité musculaire qui a joué un rôle si important dans l'histoire du traitement de notre deuxième malade.

M. Malgaigne, vérifiant les assertions de M. Lantenois, et répétant les expériences de M. Chassaignac, sur le point d'immersion des nerfs dans les muscles, est arrivé au résultat suivant :

On voit, dit-il, qu'on ne saurait établir de règle générale sur le point précis d'immersion, qui peut être encore varié suivant les sujets. Tout ce que je voudrais déduire de mes propres recherches, c'est que les nerfs ne pénètrent dans les muscles, ni au-dessus du quart supérieur de la portion charnue, ni au-dessous de son quart inférieur. Cette étude est d'un intérêt incontestable pour le chirurgien. Supposez qu'un coup de sabre en travers coupe le droit interne de la cuisse, par exemple, à 3 pouces de son insertion pubienne, c'est la partie supérieure qui sera paralysée. et les convulsions, s'il en survenait, n'affecteraient que la partie inférieure; que la division ait lieu 1 pouce plus bas, les phénomènes seront tout contraires; et enfin, si la division a atteint le tronc nerveux du muscle, celui-ci sera paralysé en entier.

M. Velpeau pense que cette section, à différentes hauteurs, en paralysant la contractilité, doit aussi mettre obstacle à la rétraction, et il explique de cette façon la rétraction considérable des muscles, lorsqu'on ampute la cuisse à son tiers inférieur, tandis qu'au quart supérieur, les muscles se raccourcissent à peine. M. Malgaigne croit, au contraire, que la section des nerfs n'agit nullement sur la rétractilité; et si, les muscles coupés, près de leur extrémité supérieure, se rétractent moins, il l'attribue au moins de longueur de leurs fibres.

A l'appui de cette idée, la *Gazette des hôpitaux* du 8 octobre 1836, renferme une observation de M. Malgaigne, qui, dans une amputation ovalaire de l'épaule, a vu la guérison retardée par l'inégale rétraction des lèvres de la plaie, cette rétraction étant presque

nulle vers le haut, où les fibres du deltoïde étaient coupées très-court, bien que vivifiées par leurs nerfs, et augmentant de haut en bas, à tel point, que l'opérateur ne pût obtenir la coaptation de la partie inférieure de la plaie.

M. Malgaigne cite lui-même un malade de son service, amputé dans l'articulation scapulo-humérale, chez lequel le triceps, coupé assez près de son insertion scapulo-humérale, s'était énormément gonflé par l'inflammation, et s'opposa, pendant plus de deux mois, au rapprochement des bords de cette partie de la plaie.

Chez le malade qui fait le sujet de notre deuxième observation, la partie postérieure de la plaie, bien que distante de la branche du pubis et de la tubérosité ischiatique, au plus de 2 à 3 centimètres, présenta, pendant le traitement, un écartement considérable.

Les muscles, dont la section répondait à cette partie de la plaie, étaient le demi-tendineux, le demi-membraneux, et une grande portion des adducteurs; leurs attaches supérieures se faisant à l'ischion et à la branche de cet os, la section avait alors eu lieu bien au-dessus du point d'immersion des nerfs; par conséquent à la paralysie de la contractilité du bout supérieur aurait dû se joindre, d'après M. Velpeau, la paralysie de la contractilité de cette même portion.

Qu'avons-nous vu? Pendant les quatre premiers jours du traitement, un écartement de 3 à 4 centimètres, écartement dû à la rétraction musculaire immédiate du lambeau supérieur; du quatrième au cinquième jour après l'opération, l'inflammation croissant, l'écartement augmenta du double; le lambeau supérieur, gonflé, se relevait presque à angle droit sur la cuisse.

Ainsi nous avons été témoin de deux époques bien tranchées dans la rétraction des muscles de la plaie, rétraction immédiate, rétraction secondaire ou inflammatoire, sur laquelle nous allons revenir dans un instant. Les lèvres de la plaie, dans les deux tiers de leur étendue, étaient au contact l'un de l'autre, alors que l'angle postérieur nécessitait encore l'usage de la suture enchevillée, du bandage compressif, pour rapprocher les surfaces divisées, combattre leur écartement.

La rétractilité produit donc dans les muscles un raccourcissement qui n'est point sous l'influence de l'action nerveuse, qui n'est point par conséquent soumis à la volonté, bien qu'en aient dit Bichat et plusieurs chirurgiens. Les preuves de cette assertion sont prises dans la section du muscle, au-dessus du point d'immersion du nerf, dans l'isolement où se trouve la partie, privée de toute communication avec les centres nerveux. Tel est aussi le résultat des expériences de M. Malgaigne.

La rétractilité primitive immédiate étant manifestement reconnue indépendante de la rétractilité de l'influence nerveuse, et devant être considérée comme propriété inhérente à la trame de la fibre, voyons quelle est la cause de la rétraction nouvelle que nous avons observée, au quatrième et au cinquième jour, dans les lèvres de la plaie enflammée; est-elle due à l'élasticité des tissus, à la tonicité de la fibre, comme le veut Portal, qui, reconnaissant ainsi les deux espèces de rétraction, leur donne une seule et même cause? Est-elle, comme le dit Pouteau, le résultat de la destruction du tissu cellulaire intermusculaire, par l'abondance de la suppuration et par suite du retrait du muscle dans sa gaîne?

L'expérience nous apprend, et l'étude de notre malade nous a montré que la rétraction secondaire se manifeste au moment où la plaie s'enflamme, qu'elle croît en raison de l'inflammation, qu'elle atteint son maximum quand la suppuration accuse la violence des phénomènes inflammatoires, qu'elle tombe à mesure que la phlogose disparaît.

La rétraction secondaire est donc sous la dépendance immédiate de l'inflammation; comment s'unit l'effet à la cause? Serait-ce qu'en augmentant l'épaisseur du muscle, la phlogose lui ôte quelque chose de sa longueur? M. Malgaigne a prouvé expérimentalement l'erreur de cette idée. Ou bien, l'inflammation ajouterait-elle à la rétractilité une énergie nouvelle qu'aucun autre stimulant ne pourrait lui communiquer? Cette dernière opinion est la plus raisonnable, et ex-

plique, d'une façon satisfaisante, la relation si intime de la cause à l'effet.

Nous avons insisté sur la question de la paralysie des muscles coupés, parce que ce reproche nous semblait capital, et était à lui seul une puissante contre-indication à l'opération. M. Malgaigne nous démontre donc, théoriquement et expérimentalement, que toutes les sections musculaires qui ne dépassent pas le quart supérieur de la longueur du muscle n'atteignent point le nerf qui l'anime, et par conséquent ne paralysent que la partie située au-dessus de la section. Or les plaies dont nous parlons, occupant toujours la racine du membre, rentrent dans cette catégorie et conservent l'innervation des trois quarts inférieurs du muscle coupé; d'où il résulte que plus tard, lorsque la guérison est complète, que les muscles ont pris des adhérences solides à la cicatrice, la contraction de leur partie inférieure est assez forte pour rendre la marche facile et rétablir les mouvements d'adduction de la cuisse.

Citons, comme preuve, notre deuxième malade, qui, aujourd'hui, marche d'une manière satisfaisante, exécute des mouvements d'adduction assez étendus, bien que la cicatrisation ne soit point encore complète.

Et d'ailleurs, la régénération des nerfs n'est-elle pas aujourd'hui bien prouvée et par l'insuffisance de leur section, dans certains cas de névralgie, et par le rétablissement des fonctions après l'ablation d'une étendue quelquefois considérable d'un nerf malade. (Henle, traduction Jourdan, s'exprime ainsi page 130) : « La substance nerveuse est susceptible de se régénérer; les nerfs, après avoir été coupés en travers, reprennent. Dans l'exsudation qui unit les deux moignons, il se forme, de chaque côté, des fibres primitives qui marchent à la rencontre les unes des autres, et se confondent ensemble lorsque la distance entre les deux bouts n'est pas trop grande; après la réunion, la fonction se rétablit d'une manière plus ou moins parfaite ; quelquefois le rétablissement se fait avec rapidité, un mois ou

six semaines après ; quelquefois les premières traces du retour de la fonction ne se manifestent qu'au bout de trois mois et plus.

« Le rétablissement de la fonction dans les nerfs coupés est un de ces faits qui semblent incompréhensibles, quand on considère les nerfs comme de simples conducteurs entre des points déterminés de la périphérie et des points des organes centraux ; car il n'y a pas moyen de concevoir que les bouts d'une fibre puissent jamais se retrouver pour se rejoindre ; et cependant, si cette réunion n'avait pas lieu, il s'en suivrait, d'après l'hypothèse, une incurable confusion entre les sensations et les mouvements. Quand on accorde aux nerfs eux-mêmes des forces spécifiques ; quand on admet entre eux des différences spécifiques, on doit bien convenir que les fibres motrices et les fibres sensitives, qui se soudent accidentellement ensemble, deviennent inutiles ; mais suivant toutes les probabilités, il y a toujours un certain nombre de fibres sensitives et de fibres motrices qui rencontrent leurs pareilles, et cela suffit pour rétablir la communication des extrémités périphériques des fibres avec les extrémités centrales, pour permettre à la sympathie avec l'organe de la pensée de s'excercer. L'organe de la pensée s'accommodera, par l'habitude, au nouvel ordre de choses. »

L'étude des phénomènes de la rétractilité du lambeau supérieur nous était doublement indiquée : d'abord, parce qu'elle fut pendant quelque temps un obstacle à la guérison ; en second lieu, parce qu'ajoutée aux faits publiés par MM. Malgaigne et Goyrand, elle prouve que la rétractilité est indépendante de l'innervation. Il est un autre inconvénient qui a bien lui aussi sa valeur, c'est le danger d'une vaste suppuration à la racine d'un membre, au voisinage du tronc. Mais la phlébite, l'infection purulente, accidents trop fréquents de ces sortes de plaies, ne prennent-ils pas aussi bien souvent leur source dans d'autres régions du corps. L'application absolue du précepte de médecine opératoire, qui commande au chirurgien de s'éloigner le plus possible des cavités splanchniques, dans les opérations qu'il doit pratiquer, serait la condamnation de cette

méthode; mais elle condamnerait bien plus encore les désarticulations scapulo-humérales, coxo-fémorales, etc., et tant d'autres opérations dont la position et l'étendue exposent aux mêmes dangers.

Nous terminerons par quelques mots sur le moment opportun où l'on doit pratiquer l'opération. Déjà, dans un autre paragraphe, nous avons touché cette question, c'est ici le lieu de l'agiter de nouveau.

Doit-on opérer de suite, dans les deux ou trois premiers jours?

Doit-on attendre que la succession des hémorrhagies contraigne à prendre une détermination?

Il résulte de l'ensemble de ce travail que le chirurgien, en présence des hémorrhagies dont nous venons de traiter, doit peu espérer des ressources de la nature, ainsi que de l'efficacité des moyens hémostatiques qui sont en son pouvoir. La théorie et l'observation se joignent pour le prouver.

Si, trop confiant, ou peut-être trop timide, il diffère, dans l'espérance de voir le sang s'arrêter de lui-même, la plaie se prendra bientôt de suppuration, et les chances de succès iront diminuant en raison du retard. Est-il un plus grand danger d'infection purulente que celui du contact de pus avec une plaie récente, des surfaces fraîchement avivées, des vaisseaux béants. A cela joignons l'épuisement successif aux hémorrhagies nombreuses qu'aura éprouvé le malade, les conditions moins bonnes de résistance vitale qui en seront la conséquence.

Sans doute, l'hésitation est un droit, lorsqu'il s'agit de prendre un parti aussi grave; mais, si l'étendue de la lésion est bien constatée, la nature des vaisseaux divisés bien établie, l'hésitation doit cesser devant les dangers de l'ajournement. Loin de nous toute idée de chirurgie téméraire, aventureuse; en face d'un danger imminent, il faut savoir, et le comprendre, et le prévenir.